Rok XLI. Kraków, 13 Września 1902. Nr. 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Ze szpitala starozakonnych w Warszawie.

Przyczynek do chirurgii przymiotu mózgu oraz do znaczenia rozpoznawczego padaczki Jacksona.

Napisali

Ludwik Bregman i Hipolit Oderfeld,

ordynatorzy szpitala.

W cierpieniach organicznych układu nerwowego jesteśmy zazwyczaj zadowoleni, gdy się uda wykryć przymiot, jako czynnik przyczynowy. Wobec smutnego najczęściej rokowania w cierpieniach tych, przypadki na tle przymiotu jedyne niemal budzą nadzieję powodzenia naszych zabiegów leczniczych. Niestety jednak i tu jeszcze rokowanie nie jest bynajmniej zupełnie pomyślnem. Nie mówiąc już o t. zw. cierpieniach „parasyfilitycznych“, — wiądzie rdzenia, porażeniu postępującem, — których związek z przymiotem nie ulega, zdaniem naszem, zaprzeczeniu, a w których leczenie przeciwprzymiotowe nie odnosi prawie nigdy żadnego skutku, to nawet w cierpieniach czysto-przymiotowych mózgu i rdzenia wyleczenie jest o wiele rzadszem, aniżeli się zwykle przypuszcza. Co się tyczy specyalnie przymiotu mózgu, który nas w pracy tej szczegółowiej zajmie, to według statystyki Fourniera np. zostaje wyleczoną zaledwie $1/3$ chorych, $1/2$ doznaje poprawy, $1/6$ zaś umiera, 37% pozostaje z ciężkiemi zaburzeniami, porażeniami itp. Hjelmann podaje liczbę uleczeń w $1/4$ przypadków, $1/2$ przebiega niepomyślnie z zejściem śmiertelnem lub kalectwem. Naunyn, który sprawę tę szczegółowo rozebrał, znajduje 48% wyleczonych, 52% niewyleczonych, przyznaje jednak sam, że liczby te są niewątpliwie jeszcze zbyt pomyślne, ponieważ 1) w większości przypadków wyleczonych chorzy nie dość długo pozostawali w obserwacyi, a zatem niema pewności, że poprawa była trwałą, — 2) lekarze ogłaszają najchętniej przypadki z zejściem pomyślnem.

Fakt ten, bezskuteczność w wielu razach leczenia, skierowanego przeciw przymiotowi, skłonił niektórych autorów do podjęcia kwestyi, czy nie należałoby w niektórych takich przypadkach po wypróbowaniu leczenia swoistego uciec się do leczenia chirurgicznego, operacyjnego. Horsley[1]), Macewen[2]) i Bramwell — pierwsi je zastosowali, wyłuszczając błonki (Schwarten) pozostałe po przymiotowem zapaleniu opon na wypukłości mózgu. Barton, Clarke Diller, Harrison, Lampiasi, Parker, Rannic[3]), Rybałkin[4]), Sands, a u nas Gajkiewicz[5]) opisali przypadki, w których dokonano operacyi. Jak widzimy, liczba ich jest dość szczupłą i już dla tego powodu przypadek, którego historyę poniżej podajemy, na uwagę zasłużyć powinien. Podobnie, jak w większości przytoczonych przypadków, mieliśmy również padaczkę Jacksonowską, która uprawniała do przypuszczenia, iż cierpienie jest powierzchownem i dla noża dostępnem. Przymiot z wywiadów był niemal pewny, chory miał wyraźne cierpienie okostnej i to w okolicy, która przypuszczalnie odpowiadać musiała ośrodkom korowym najbardziej dotkniętym, pomimo to leczenie swoiste, prowadzone kilkakrotnie i energicznie, skutku nie odniosło i nie zapobiegło nawet rozprzestrzenieniu i mnożeniu się napadów padaczkowych. Trepanacya, dokonana w „stanie padaczkowym“ *(status epilepticus)*, niestety chorego nie uratowała, a oględziny pośmiertne wykazały taką lokalizacyę przymiotu, która przypadek ten i pod względem rozpoznawczym czyni niezwykle ciekawym.

M. F., lat 34, wstąpił dnia 19 sierpnia 1899 r. na oddział Dra Frejdensona; dnia 22 sierpnia przeniesiony został na oddział Dra Bregmana.

Chory narzeka na silne bóle głowy. Z tego powodu leczył się już w szpitalu w r. 1898: bóle wtedy zmniejszyły się, ale nie ustały, a od miesiąca znowu się wzmogły. Obecnie są one prawie stałe, napadowo się powiększają, a umiejscowiają się głównie w czole i w prawej okolicy ciemieniowo-skroniowej, a w mniejszym stopniu w okolicy potylicznej w karku. W nocy ból wzmaga się, chory nie może spać. Niekiedy występuje zawrót głowy, parę razy wymioty.

Przed 15 laty chory miał wrzód twardy, potem cierpienie gardła, wysypki nie było. Leczył się pigułkami (rtęciowemi?), wcierań, zastrzykiwań nie robiono. Żonaty, miał 6 dzieci. Wszystkie żyją i są zdrowe. Żona nigdy nie roniła. Chory pracował ciężko na maszynie, trunków nie nadużywał; chorób zakaźnych nie przebywał.

[1]) Horsley: British med. Journal. 1893. tom II.

[2]) Macewen: Lancet May 1885.

[3]) Przytoczeni według Oppenheima: Die syphilistichen Erkrankungen des Gehirns. Wien 1896.

[4]) Rybalkin; Ueber einen Fall von Jackson'scher Epilepsie auf syphilitischer Basis mit operativem Eingriff (Deutsche Zeitschrift für Nervenh. Tom XIX. Zeszyt 5 i 6).

[5]) Przypadek, opisany przez kol. Gajkiewicza, był następujący: chory miewał napady padaczki Jacksonowskiej, zaczynającej się od lewej kończyny górnej. Po napadzie niedowład kończyn lewych. Napad ograniczał się niekiedy do zwiastunów (aury), w postaci bólu, zimna lub palenia w kończynie górnej (*epilepsia partialis sensitiva*). Bóle głowy w okolicy prawej skroniowej, wzmagające się przy jej uciskaniu i opukiwaniu. Przed paroma miesiącami wystąpił na głowie nowotwór, który znikł bez leczenia po paru tygodniach. Przed 2-ma laty było cierpienie gardła, po którem pozostały powiększone gruczoły szyjne. Przed 10-ma laty uraz prawej okolicy czołowej, przed kilkoma miesiącami to samo w okolicy skroniowej. Brodawka nerwu wzrokowego nieco zmętniała, z rozszerzonemi żyłami.

Pomimo braku wyraźnych objawów przymiotu zalecono leczenie swoiste, które z początku dało pewną poprawę, lecz wkrótce potem nastąpiło znaczne pogorszenie. Wskutek tego dokonano trepanacyi i wyłuszczono nowotwór, którego przyrodę przymiotową stwierdzono badaniem drobnowidowem. Po operacyi zastosowano znowuż leczenie swoiste i osiągnięto zupełne uzdrowienie. Operacyę wykonał Dr. Oderfeld w naszym szpitalu.

Badanie przedmiotowe wykazało: ogólne osłabienie, chory nie może się na nogach utrzymać. Budowa ciała wątła, stan odżywiania zły. Ciepłota prawidłowa, tętno 60, tętnica promieniowa miękka.

Czaszka przy opukiwaniu ze strony prawej wrażliwa, w przejściu z okolicy ciemieniowej w skroniową po stronie prawej wielka bolesność. Miejsce to, 4—5 ctm nad uchem, jest nieco wyniosłe, przy obmacowywaniu twarde. Przytomność zachowana, usposobienie apatyczne. Źrenice równe, nieco rozszerzone, oddziaływują dobrze przy świetleniu i przystosowaniu. Tarcza zastoinowa na obu oczach. Podwójne widzenie pray patrzeniu w górę i w obie strony, przytem odległość obrazów dość znaczna, ale bez stałego stosunku do kierunku przedmiotu. Siła wzroku zachowana. Znaczny niedowład lewego nerwu twarzowego, najbardziej w części dolnej, ale i górna niewątpliwie zajęta. Oddziaływanie elektryczne prawidłowe. Język prosty, porusza się dobrze. Uścisk lewej ręki nieco słabszy, pozatem obie kończyny lewe prawidłowe. Odruchy kolanowe bardzo wzmożone *clonus pedis* brak. Czucie zachowane. Narządy wewnętrzne niezmienione.

Zaordynowaliśmy jodek potasowy (2,0—4,0 dziennie), salicylan rtęciowy (8 zastrzyknięć po 0,1 na dawkę), maść jodoformową na głowę. Prócz tego podawaliśmy choremu bromek potasowy, kilkakrotnie morfinę. Wkrótce stan chorego się poprawił: wyniosłość w okolicy ciemieniowo-skroniowej zmniejszyła się i przestała być bolesną przy opukiwaniu, bóle głowy ustały, chory mógł chodzić bez oparcia. Niedowład nerwu twarzowego zmniejszył się nieco, podwójne widzenie ustąpiło. Raz jeden przy podnoszeniu chorego nastąpiło krótkie zemdlenie przy tętnie 54.

Dnia 5 października 1899 chory wypisał się ze szpitala. Leczył się potem ambulatoryjnie, zażywając jodek potasowy bez przerwy. W lutym 1900 dostał pierwszego napadu padaczkowego. Napady powtarzały się kilka razy w tygodniu. Po kilkunastu wcieraniach napady stały się rzadsze (raz na miesiąc lub jeszcze rzadziej). Jesienią 1900 r. zaczęły się powtarzać znacznie częściej i przytem prócz napadów padaczki Jacksonowskiej, które poniżej opiszemy, pojawiły się napady ogólne z nagłą utratą przytomności, bez zwiastunów. Chory parę razy upadł na ulicy i mocno się potłukł. Dnia 29 października 1900 wpisał się ponownie na oddział chorób nerwowych.

Napady Jacksonowskie powtarzały się po kilka razy dziennie, Poprzedzały je zwykle zwiastuny *(aura)*: ból i zaburzenia czucia (parestezye) w języku i w ustach po stronie lewej, zgrzytanie zębami, niekiedy drętwienie w kończynie górnej lewej. Potem występowały drgawki w lewej połowie twarzy, które trwały 1—2 minut, a po nich takież same zaburzenia czucia (parestezye), jak i przedtem. Przytomność w czasie napadu zachowana, ból głowy się wzmagał. Dość często drgawek nie było wcale, napad ograniczał się do zaburzeń czucia i jakby unieruchomienia języka, które zmuszało chorego do przerywania rozmowy *(petit mal)*. Parę razy tylko (w ciągu dwumiesięcznej obserwacyi szpitalnej) napady rozprzestrzeniły się na całe ciało i przebiegały z utratą przytomności.

Przedmiotowo znaleźliśmy przy ponownem wstąpieniu do szpitala tak samo jak przedtem wyniosłość w okolicy ciemieniowo-skroniowej prawej, niedowład lewego nerwu twarzowego, wzmożenie odruchów kolanowych, a prócz tego lekki niedowład kończyny górnej lewej, oraz niemożność poruszania języka w stronę lewą.

Do dnia 18 grudnia 1900, (w którym na własne żądanie zosta wypisany) chory dostał 30 wcierań po 4,0 i przez cały czas zażywał duże dawki jodku potasowego i bromek potasowy. Wyniosłość na czaszce znikła, bóle głowy się zmniejszyły, stan ogólny się poprawił. Napady stały się lżejsze i rzadsze (co klika dni). Porażenie twarzy i języka pozostało bez zmiany.

Po wypisaniu się ze szpitala chory dalej zażywał jod i brom, pomimo to jednak napady nie ustawały, a po pewnym czasie stały się znowuż znacznie częstsze i w natężeniu swem cięższe.

Już w czasie powtórnego pobytu chorego w szpitalu, widząc stosunkowo niewielką skuteczność leczenia swoistego, zastanawialiśmy się poważnie nad kwestyą leczenia operacyjnego. Rozpoznanie wydawało się dość pewnem. Na podstawie wywiadów chory niewątpliwie był zarażony przymiotem i był b. mało leczony. Na czaszce w okolicy ciemieniowo-skroniowej rozwinęło się ograniczone cierpienie okostnej *(periostitis syphilitica)*. Objawy mózgowe, porażenie nerwu twarzowego, o charakterze ośrodkowym, bez zmian dobudliwości elektrycznej, z udziałem w słabszym stopniu gałązki górnej, później porażenia języka i kończyny górnej, napady padaczkowe, zaczynające się od zaburzeń czucia (parestezyj) i drgawek w lewej połowie twarzy — wskazywały na ognisko w prawej półkuli mózgowej, powierzchownie położone i zajmujące wzgl. uciskające głównie ośrodek twarzowy w zwojach środkowych Rolanda, a rozprzestrzeniające się na sąsiednie ośrodki języka i kończyny górnej. Punktem wyjścia sprawy były prawdopodobnie opony mózgowe, a to dla następujących powodów: 1) cierpienie okostnej odpowiadało (choć niezupełnie) przypuszczalnemu ognisku korowemu; 2) objawy uciskowe ogólne były słabo wyrażone: wymiotów nie było prawie wcale, zawroty głowy rzadko, bóle głowy miały przeważnie charakter miejscowy, ograniczony, tarcza zastoinowa spostrzegana była przez pewien czas, potem znikła. Sprawa miała charakter jawnie postępujący. Przebieg jej był o tyle nieprawidłowy, że naprzód spostrzegano porażenie twarzy, a znacznie później dopiero wystąpiły drgawki Jacksonowskie, biorące również początek z ośrodka twarzowego. Zwykła kolej objawów jest w sprawach uciskowych kory ruchowej, jak wiadomo, wręcz przeciwna: najpierw ognisko, zajmujące jeden z ośrodków korowych, lub rozwijające się w jego sąsiedztwie, wywołuje drgawki w odpowiedniej części ciała, potem dopiero przyłącza się porażenie tej części, z początku przelotne, ponapadowe, później stałe, od napadów niezależne: w tym okresie część porażona bardzo często przestaje nawet przyjmować w drgawkach udział. Tak bywa zwykle, ale nie zawsze: nie brak spostrzeżeń, w których ognisko nowotworowe w ośrodkach korowych powodowało li tylko porażenie — przelotne i często się powtarzające lub stałe —, drgawek zaś nie było wcale, albo też, jak w naszym przypadku, padaczka Jacksonowska była objawem późniejszym [6]). W każdym razie udział twarzy w napadach drgawkowych dowodził, że porażenie jej nie było następstwem zniszczenia odnośnych ośrodków.

Rozpoznanie nasze brzmiało: przymiotniak na powierzchni prawej półkuli mózgowej, mający punkt wyjścia prawdopodobnie w okolicy zwojów środkowych, a mianowicie w okolicy ośrodka twarzowego. Stosowanie środków swoistych nietylko nie zapobiegło pojawieniu się padaczki Jacksonowskiej, ale i stosunkowo mały okazywało wpływ na napady; objawy porażenne również nie ustępowały, a raczej coraz dalej się rozprzestrzeniały (porażenie języka, niedowład kończyny górnej). Prócz tego napady padaczkowe ogólne (z nagłą utratą przytomności) były wskazówką wzmagania się oddziaływania ogniska na całe mózgowie.

W tych warunkach uważaliśmy już w grudniu 1900 r. wkroczenie chirurgiczne za zupełnie usprawiedliwione, ale niestety chory wówczas na operacyę zgodzić się nie chciał. Zdecydował się dopiero w lutym 1901 r., widząc ciągły po-

[6]) Por. Oppenheim: Die Geschwülste des Gehirns in Nothnagel Specielle. Pathologie und Theraphie T. IX., I część, III rozdział. str. 69.

stęp cierpienia. Dnia 8 lutego zapisany został na oddział Dra Oderfelda. Ponieważ chory miał na głowie silny strupień woszczynowaty, który pragnęliśmy usunąć przed przystąpieniem do operacyi, zmuszeni byliśmy odłożyć ją na dni kilka. Tymczasem pomimo znacznych dawek bromku potasu (do 8,0 dziennie) i jodku potasu, napady stawały się coraz częstsze; 14 lutego chory miał 19 napadów; 16 lutego rozwinął się prawdziwy stan padaczkowy *(status epilepticus)*. Napady powtarzały się co kilka minut. Napad zaczynał się od tego, że głowa i oczy zwracały się w stronę lewą, gałki oczne drgały jak w *„nystagmus"*, potem twarz wykrzywiała się ku stronie lewej, lewa ręka podnosiła się, a następnie zaczynały się kurcze drgawkowe w lewej połowie twarzy i lewych kończynach. W tych ostatnich trwały one dłużej, niż w twarzy. Prawa strona w drgawkach udziału nie przyjmowała.

W krótkich przerwach między napadami przytomność nie była zniesiona, ale chory na pytania odpowiadał niechętnie i niezrozumiale.

Lewa połowa twarzy i lewe kończyny były zupełnie porażone. Jezyka chory nie wysuwał. Na ukłócie oddziaływał. Odruchy kolanowe były z obu stron wzmożone, na lewej nodze słaby *clonus*. Źrenice oddziaływały na światło leniwo. Tętno było napięte, 84. Opukiwanie czaszki po prawej połowie było bardzo bolesne, wszakże bez wyraźnego umiejscowienia.

Dnia 18 lutego wykonano trepanacyę. Chorego poddano narkozie chloroformowej. Podczas usypiania chory dostał napadu padaczkowego. Sposobem Thana określono położenie bruzdy Rolanda. Duże, półokrągłe przecięcie skóry, tak żeby bruzda Rolanda znajdowała się w środku pola operacyjnego. Trepanacya czaszki sposobem Wagnera. U podstawy cięcia skórnego zrobiono trepanem dwa większe otwory, a pomiędzy nimi trzy mniejsze, następnie połączono te otwory wzdłuż cięcia skórnego przy pomocy przyrządu Dahlgrena, a w części dłutem. Potem, podnosząc nieco oddzieloną kość elewatorami, odłamano ją u podstawy. Wyraźne tętnienie mózgu. Opona twarda na zewnętrznej powierzchni niezmieniona, po przecięciu okazuje się nieco zgrubiałą i pokrytą na powierzchni wewnętrznej nalotem włóknistym. Opona miękka również zmętniała, pokryta miejscami wydzieliną włóknistą. Zbitość mózgu w całym obrębie dużego pola operacyjnego prawidłowa, również stosunek wzajemny bruzd i zwojów. Wobec tego ograniczono się do wycięcia kawałków opony twardej sposobem Berezowskiego, następnie odłamaną kość włożono w otwór trepanacyjny i między nią a mózgiem włożono 2 burdonety.

Wkrótce po operacyi chory dostał napadu padaczkowego, który się w niczem nie różnił od poprzednich. Potem napady powtarzały się równie często jak przedtem.

Ciepłota 18 lutego wieczorem 35,6°, 19 lutego zrana 36°, tętno 108. Chory nieprzytomny, nie przyjmuje ani jadła, ani lekarstw. Źrenice oddziaływają na światło. Stan padaczkowy *(status epilepticus)*. Chory zmarł 21 lutego.

Oględziny pośmiertne (kol. J. Steinhaus) ograniczyć się musiały do samej tylko czaszki. W okolicy zrazu czołowego prawego znaleziono 2 duże przymiotniaki, jeden obok drugiego. Jeden zaczyna się od przedniego końca mózgu (bieguna czołowego) i ciągnie się wzdłuż brzegu środkowego półkuli, zajmując 1 i 2-gi zwój czołowy mniej więcej do połowy ich długości, tak że tylny koniec jego znajduje się jeszcze w dość znacznej (około 3 ctm) odległości od zwojów środkowych. Drugi, położony bardziej bocznie i nieco ku tyłowi, na granicy 2-go i 3-go zwoju czołowego, w średniej $^1/_3$ ich długości, bezpośrednio obok tamtego, ma kształt okrągłej blaszki i tylnym końcem swym dosięga prawie otworu trepanacyjnego. Na przecięciu oba przymiotniaki mają wejrzenie masy zserowaciałej. Oba wrastają dość głęboko w istotę mózgową, kora mózgowa jest pod nimi zupełnie zniszczona.

W okolicy bruzdy Rolanda i w sąsiedztwie (odpowiednio do wielkiego otworu trepanacyjnego) opona twarda wycięta, opona miękka lekko nacieczona i nasiąknięta krwią. W okolicy 3-go zwoju czołowego opona twarda zrośnięta z powierzchnią mózgu, na przecięciu zgrubiała, nie zserowaciała.

Widzimy tedy, że rozpoznanie nasze przymiotniaka na powierzchni prawej półkuli mózgowej zostało przez obdukcyę potwierdzone, aliści umiejscowienie jego było niestety takie, że na podstawie danych z nauki o lokalizacyi mózgowej wykrytym być nie mógł. Zraz czołowy zajmuje w nauce tej miejsce bardzo skromne. Objawy podawane, jako właściwe dla cierpień tego zrazu, mają wogóle charakter wielce nieokreślony, a prócz tego nie były bynajmniej stale w nich spotykane i przez wielu autorów są w wątpliwość podawane. Są to:

1) osłabienie władz umysłowych jak przy porażeniu postępującem (zwłaszcza przy ogniskach obustronnych);

2) zmiana charakteru, — zmienność usposobienia, brak cierpliwości, wytrwałości, egoizm (charakter podobny do histerycznego); przytem nastrój wogóle wesoły, skłonność do wyśmiewania się z innych i do dowcipkowania, (*moria*, Witzelsucht [7]);

3) ogólny bezład ciała, podobny do ataksyi móżdżkowej.

Żadnego z tych objawów nie spostrzegaliśmy u naszego chorego, pomimo, że zajęta była dość znaczna część zrazu czołowego i że przymiotniaki dość głęboko w istotę mózgu wrastały[8]). Cały obraz kliniczny natomiast wskazy-

[7]) W wyszłej niedawno w »Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde« Tom XXI, Zeszyt 3 i 4 pracy E. Müller poddaje surowej krytyce spostrzeżenia zmian psychicznych w cierpieniach zrazu czołowego i przychodzi do wniosku następującego: niektóre oznaki zmian psychicznych przy nowotworach mózgowia mogą wprawdzie obudzić podejrzenie co do umiejscowienia w zrazie czołowym; aliści oznaki te są tak niepewne, że korzystać z nich należy w rozpoznaniu umiejscowienia z wielką ostrożnością. Znaczenie zaś praktyczne tych odznak doznaje jeszcze ogromnego ograniczenia z tego powodu, że w nowotworach mózgowia wszelkiego rodzaju zmiany psychiczne, nie wyłączając zmian charakteru i skłonności do dowcipkowania są prawdziwymi objawami ogólnymi, spowodowanemi przez rozlane oddziaływanie nowotworu na całą korę mózgową.

[8]) Na uwagę zasługuje też spostrzegane przez nas w ostatnim okresie rozpoczynanie się napadów drgawkowych od wykręcania się głowy i oczu w stronę lewą. Na podstawie tego objawu, którego z pewnością nie było w okresie poprzednim, można było względnie wnioskować, że nowotwór rozprzestrzenił się na tylny odcinek zwojów czołowych. Drgawki »nystagmowe« gałek ocznych mogły być również zależne od podrażnienia tego samego ośrodka. Znaczenie przelotnego widzenia podwójnego, spostrzeganego w I-ym okresie choroby, które było mniej więcej jednakowe we wszystkich kierunkach i któremu nie towarzyszyło wyraźne ograniczenie ruchów gałek ocznych, pozostaje

wał, jak się zdawało, z pewnością na ognisko w zwoju środkowym, a głównie w ośrodku twarzowym, z dalszem rozprzestrzenieniem się na ośrodki sąsiednie języka i kończyny górnej.

Powyżej wyłożyliśmy już dane, na których rozpoznanie to opieraliśmy. Prócz padaczki Jacksonowskiej mieliśmy porażenie odpowiednich ośrodków, które nadomiar chronologicznie wyprzedzało nawet wystąpienie padaczki. Prócz tego mieliśmy sprawę swoistą w okostnej czaszki, która umiejscowieniem swem odpowiadała prawie w zupełności zajętym przypuszczalnie ośrodkom.

Co się tyczy padaczki Jacksonowskiej, to uważana ona jest słusznie za objaw rozpoznawczy pierwszorzędnej wagi, a jednakże nie po raz pierwszy klinicyści przez nią w błąd wprowadzeni zostali (Putman, Bealh, Stocker-Nugent, Chipault, Dieulafoy i inni). Pod nazwą padaczki Jacksonowskiej (częściowej, korowej) rozumiemy, jak wiadomo. napad, kurcze tężcowe lub drgawkowe, rozpoczynające się w jakiejkolwiek części ciała i rozprzestrzeniające się na inne części w porządku, wskazanym przez lokalizacyę i sąsiedztwo ośrodków w korze mózgowej, napady przebiegające bez utraty przytomności lub z utratą jej w dalszym rozwoju napadu, przy rozprzestrzenieniu się drgawek na drugą połowę ciała. Już z samego sposobu rozprzestrzeniania się drgawek można było wywnioskować, że napady powstają przez podrażnienie ośrodków korowych, a doświadczenie kliniczne dowiodło istotnie, że spostrzega się je najczęściej w cierpieniach ogniskowych, umiejscowionych w zwojach środkowych, w t. zw. pasie ruchowym. Nie znaczy to jednakowoż, żeby je uważać za objaw patognomiczny dla ognisk tak położonych. Takież samo podrażnienie ośrodków korowych spowodowanem być może przez ogniska, sąsiadujące z pasem ruchowym, mieszczące się bądźto w zrazie czołowym, bądźto w ciemieniowym, a nawet, choć rzadziej znacznie, głębiej w warstwie podkorowej lub w zwojach środkowych i w pniu mózgowym[9]). Nie obala to bynajmniej, jak utrzymuje Dieulafoy[10]), nauki o lokalizacyi mózgowej, ani nie stoi w żadnej z nią sprzeczności, ale zmusza do wielkiej ostrożności w ocenie klinicznej każdego przypadku. Ważnym jest okres wystąpienia padaczki Jacksonowskiej: im objaw ten jest wcześniejszy, im bardziej wyprzedza inne objawy mózgowe, ogólne i miejscowe, tem więcej jest prawdopodobieństwa, że zajętą jest okolica samych ośrodków ruchowych.

Większe znaczenie jeszcze mają porażenia, towarzyszące napadom padaczkowym, a odpowiadające ośrodkom, z których te ostatnie biorą punkt wyjścia, oraz sąsiednim częściom kory mózgowej. Porażenia takie, jak już wyżej wspomnieliśmy, z początku zazwyczaj bywają przelotne, niekiedy zaś odrazu mają charakter stały. Porażenia ponapadowe wraz z postępem cierpienia przechodzą również w porażenie stałe. Obecność porażeń stałych o charakterze częściowym (przez zajęcie ośrodków pojedyńczych grup mięśniowych, — t. zw. dissocirte Lähmung") lub monoplegicznym dowodzi, że ośrodki korowe zajęte zostały w stopniu silniejszym, że zatem ognisko bardziej odległe i zdaleka je uciskające nie jest prawdopodobnem[11]). W naszym przypadku mieliśmy tego rodzaju porażenie i w miarę postępu choroby porażenie to rozprzestrzeniało się na sąsiednie ośrodki (języka,kończyny górnej), a jednakowoż ognisko znaleziono w dość znacznej od nich odległości[12]). Wspomnijmy nawiasem, że o przypisywaniu jakiegokolwiek w tym względzie znaczenia zmianom w oponach, znalezionym w okolicy zwojów środkowych, nie może być mowy, ponieważ były one zanadto świeże i zbyt nieznaczne

Przypadek nasz poucza:

1) że w przymiocie mózgu, gdy objawy kliniczne wskazują na obecność przymiotniaków na powierzchni mózgu, a leczenie swoiste nie odnosi skutku, należy, nie zwlekając długo, uciec się do leczenia operacyjnego;

2) że przymiotniak zrazu czołowego i to przeważnie przedniej jego części, dać może objawy podobne do ogniska zwojów środkowych.

3) że nawet obecność obok padaczki Jacksonowskiej porażenia o charakterze monoplegicznym z rozprzestrzenianiem się wzdłuż kory mózgowej nie może służyć za dowód, umiejscowienia sprawy w samym pasie ruchowym;

4) że ognisko zająć może wielką część zrazu czołowego, nie wywołując żadnych zmian, podawanych jako charakterystyczne dla cierpień tego zrazu.

---

niewyjaśnione. Być może, że były to przemijające zaburzenia w tym samym ośrodku. Pick (Neurologisches Centralblatt 1901 Nr. 2) w przypadku z objawów zbliżonym do naszego, spostrzegał porażenie nerwu odwodzącego (*n. abducens*), które tłómaczy uciskiem odwrotnym *(Gegendruck)* na podstawie czaszki.

[9]) Porównaj doskonałe opracowanie tej sprawy w artykule kol. A. Wizla i K. Rychlińskiego, p. t. »Przyczynek do nauki o padaczce Jacksona.« (Gazeta lekarska 1894, str. 923, 962, 1019, 1047, 1074).

[10]) Dieulafoy (»Sur un cas d'épilepsie Jacksonienne due à une lésion de la région frontale", odczyt na posiedzeniu »Académie de Médecine« 22 lutego 1901 r. »Semaine médicale« 1901 str. 343) opisuje przypadek następujący: 40-o letni drukarz dostaje nagle, bez żadnych zwiastunów napadu padaczkowego, zaczynającego się od lewej ręki i przechodzącego na lewą nogę i w słabszym stopniu na lewą połowę twarzy. Rozpoznano przymiotniak w pasie ruchowym. Pomimo wstrzykiwań rtęciowych napady stawały się coraz częstsze, chory zmarł po 5-u dniach w spiączce. Sekcya wykazała przymiotniaka rozmiękczonego w przedniej części prawego zrazu czołowego. Na podstawie tego spostrzeżenia i 5-u podobnych, zebranych w piśmiennictwie, D. rozróżnia 2 odrębne postacie padaczki Jacksona: 1) padaczkę biorącą początek z »zone rolandique« i 2) znacznie rzadszą z okolicy czołowej; podaje wszakże sam, że rozpoznanie różniczkowe między temi dwiema postaciami jest zgoła niemożliwem.

[11]) Raymond ilustruje przewagę pod względem rozpoznawczym porażenia nad padaczką w przypadku następującym: chory miewał napady drgawkowe w jednej połowie ciała, kończyny zaś drugiej połowy były porażone. Trepanacyi dokonano po stronie odpowiadającej porażeniu, a jednoimiennej z drgającą i znaleziono istotnie ognisko w okolicy pasa ruchowego.

Porażenie nie stałe, lecz tylko ponapadowe, nie ma również jak padaczka Jacksona pod względem lokalizacyjnym znaczenia objawu pewnego. W praktyce jednak, jak słusznie zaznacza Luccas-Championnière (w dyskusyi nad odczytem Dieulafoy), chirurg często nie ma prawa czekać, aż porażenie stanie się stałem, i w przypadkach stosownych w obecności innych objawów mózgowych, przedtem już dla ocalenia chorego do trepanacyi przystąpi.

[12]) Przytem porażenie to wyprzedzało znacznie padaczkę Jacksona; oczywiście ognisko nowotworowe — według teoryi Löwenfelda — z samego początku wywierało wpływ tamujący na odnośne ośrodki, później zaś działało jako bodziec drażniący (por. w tej kwestyi pracę kol. Higiera »Kronika lekarska« 1897. Zeszyt 1)

II. Z zakładu sądowo-lekarskiego c. k. Uniw. Jag.

Dwa przypadki otrucia arszenikiem, oraz kilka słów o jego działaniu miejscowem.

Podał
Dr. Stefan Horoszkiewicz,
asystent Zakładu.

W ciągu ostatnich kilku miesięcy wykonałem w tutejszym zakładzie sądowo-lekarskim dwie sekcye osób zmarłych w następstwie otrucia arszenikiem. Jedna z nich zmarła skutkiem otrucia arszenikiem białym, druga skutkiem otrucia jego solą miedziową, mianowicie zielenią szwainfurtską. Stwierdzone przy sekcyach zmiany anatomiczne różniły się wybitnie między sobą, każda zaś z osobna różną była od obrazu sekcyjnego, zazwyczaj spotykanego przy otruciu arszenikiem i opisywanego w poczytnych podręcznikach medycyny sądowej, oraz toksykologii. Te szczegóły, które pozwoliły nadto na pewne wnioski co do miejscowego działania arszeniku, skłaniają mnie do ogłoszenia wspomnianych przypadków.

Wynik sekcyi w pierwszym przypadku był następujący:

1) Zwłoki dziecka płci żeńskiej dobrze zbudowanego, dobrze odżywionego, 128 ctm. długie. Plamy pośmiertne wyraźne, dość rozległe. Stężenie utrzymane w kończynach dolnych. Wargi ust sine, powłoki skórne blade bez wybroczyn Tkanka podskórna niezmieniona. 2) Na ciele nie znachodzi się żadnych śladów obrażenia. Wewnętrznie: 3) Powłoki czaszkowe po stronie wewnętrznej w krew obfite, nigdzie nie uszkodzone. Opona twarda gładka, lśniąca, łatwo od kości się oddziela. Zatoki żylne zawierają krew ciemną, płynną. Opony miękkie, gładkie, cienkie, lśniące; żyły ich znacznie rozszerzone, wypełnione krwią płynną. Mózg i móżdżek prócz wybitnego przekrwienia biernego zmian nie okazują. 4) Krtań i tchawica z przodu rozcięte — próżne; błona śluzowa wybitnie ciemno sina. 5) Oba płuca wolne, opłucne gładkie, lśniące, pod niemi liczne drobne wynaczynionki, a w kilku miejscach większe wybroczyny, dochodzące wielkości korony. W miąższu obu płuc nieregularnie rozrzucone ogniska, dochodzące wielkości orzecha laskowego, rozmaitego kształtu, usadowione głównie wzdłuż naczyń, mniej powietrzne, barwy ciemno-czerwonej, za uciskiem wydzielające czystą krew. Reszta miąższu poza temi ogniskami zabarwiona ciemno-różowo, na przekroju miąższ gładki, jędrny, za uciskiem wydzielający w dolnym płacie prawym obfitą ciecz pienistą, różową; zresztą miąższ dość suchy. Błona śluzowa oskrzeli zarówno grubszych, jak drobniejszych wybitnie ciemno-sina, nieco rozpulchniona. Błona śluzowa krtani i tchawicy z tyłu rozciętych, również rozpulchniona i sina. 6) Worek osierdziowy zawiera kilka kropel cieczy jasnej. Osierdzie gładkie, lśniące, pod niem brak wybroczyn Serce pośmiertnie stężałe. W komorach i przedsionkach nieznaczna ilość skrzepów pośmiertnych. Grubość ścian serca prawidłowa. Wsierdzie cienkie, gładkie, pod niem tylko w obrębie jednego z mięśni brodawkowych komory lewej kilka punktowatych wybroczyn. Zastawki bez zmian. W wiotkiej tkance wzdłuż tętnicy głównej znajdują się dość liczne spore wybroczyny; naczynia wielkie bez zmian. Mięsień serca ogniskowo żółtawo zabarwiony, zresztą brunatno-czerwony, jędrny. 7) Śledziona prawidłowej wielkości, miąższ jasno-wiśniowy, zupełnie jędrny. 8) Wątroba wielkości kształtu i zbitości prawidłowej, torebka gładka, cienka, o miąższu wybitnie żółtym, podobna do gęsiej; woreczek żółciowy wypełniony żółcią gęstawą, ciemno-brunatną. 9) Obie nerki wielkości, kształtu i zbitości prawidłowej, torebka cienka, łatwo się oddziela; powierzchnia jej gładka, zabarwiona żółtawo; kora prawidłowo szeroka, jednostajnie żółta, o rysunku pasmowym utrzymanym; odgraniczenie kory od istoty rdzennej wyraźne, istota rdzenna barwy wiśniowej. Moczowody drożne, pęcherz moczowy skurczony, próżny; błona śluzowa miedniczek, moczowodów i pęcherza, gładka, blada. Części płciowe zewnętrzne i wewnętrzne bez zmian. 10) Język bez zmian, migdałki powiększone, sino-czerwone, soczyste; błona śluzowa gardła jednostajnie ciemno-sina, gładka. Błona śluzowa przełyku, rozciętego w całej długości, w górnej części bez zmian, w dolnej pośmiertnie rozmiękła. Żołądek po podwiązaniu wydobyty i otwarty zawiera około $^1/_2$ litra treści wodnistej, barwy kawowej, woni owocowej, kwaśnego odczynu; na błonie śluzowej tylnej ściany blizko wpustu widać płaską, nieregularną wyniosłość ciemno-szarą, w środku której znachodzi się ubytek mniejwięcej trójkątny, wielkości korony, o dnie i brzegach gładkich, dość bladych. Granice tej wyniosłości szarawej są dość ostre; w dnie żołądka przeświecają rozszerzone żyły, wzdłuż których błona śluzowa pokrytą jest licznemi drobnemi wybroczynkami; zresztą błona śluzowa gładka, blada. W jelitach cienkich i grubych treść o prawidłowem wejrzeniu i woni, w błonie śluzowej powiększone gruczoły odosobnione i kępy Peyera, błona śluzowa blada; gruczoły krezkowe nieco powiększone, blade, dość twarde. Wśród mięśni tułowia i kończyn nie znaleziono nigdzie wybroczyn.

Z wywiadów, udzielonych przez lekarza miejskiego, który zwłoki do sekcyi nadesłał, dowiedziałem się, iż dziecię zmarło bez opieki lekarskiej w 12 godzin po zjedzeniu lodów wśród objawów nasuwających podejrzenie otrucia. Sekcyę tę wykonałem jako sekcyę policyjno-sanitarną; stwierdziwszy jednak zmiany, przemawiające za otruciem, uwiadomiłem o przypadku c. k prokuratoryę państwa, która zarządziła powtórzenie sekcyi, jako sekcyi sądowej. Wydane orzeczenie dla sądu opiewało:

Ogół zmian znalezionych przy sekcyi, a mianowicie rozległe wybroczyny wzdłuż naczyń płucnych i aorty, wynaczynionki podopłucnowe, stłuszczenie narządów wewnętrznych, oraz zmiany w żołądku, opisane *(pod 10)*, przemawiają przy braku obrzęku śledziony za tem, iż śmierć nastąpiła skutkiem otrucia. Na mocy wspomnianego obrazu sekcyjnego nie można jednak stanowczo rozstrzygnąć, czy w przypadku tym zachodzi rzeczywiście otrucie i jaką trucizną; z tego powodu koniecznem było poddanie badaniu chemicznemu treści żołądkowej, oraz przechowanych narządów. Badanie to, wykonane przez profesora Dra Stopczańskiego, oraz docenta Dra Seńkowskiego, wykazało w treści żołądka i przesłanych do badania narządach znaczną ilość arszeniku, (ilość ta odpowiadała 0·013 grm. arsenianu amonowo-magnowego) tak, iż nie mogło ulegać wątpliwości, że przyczyną śmierci i stwierdzonych w danym przypadku zmian anatomicznych stało się otrucie arszenikiem.

Otrucia arszenikiem nie można było rozpoznawać z samych tylko zmian, znalezionych przy sekcyi, gdyż obraz sekcyjny mógł raczej skłaniać do przypuszczenia otrucia fosforem, a to ze względu na liczne wynaczynionki i wybroczyny podopłucnowe, na ogniska wybroczynowe śród miąższu płucnego, w szczególności wzdłuż przebiegu naczyń, uważane przez Klebsa za cechę charakterystyczną dla otrucia fosforem — ze względu na wybroczyny śród tkanki śródpiersia tylnego, oraz na zwyrodnienie tłuszczowe narządów miąższowych, w piewszym rzędzie wątroby. Przeciwko rozpoznaniu otrucia fosforem przemawiał jednak znów cały szereg okoliczności, jak brak wybroczyn śródmięśniowych, brak żółtaczki, wyraźny niestosunek między pojedynczemi sekcyą stwierdzonemi zmianami, a co najważniejsza zmiany, jakie spotkałem w żołądku, oraz stan jelit i zawartej w nich treści. Błona śluzowa żołądka była pokrytą w dnie licznemi drobnemi czerwonemi wybroczynkami w przebiegu rozszerzonych żył; na tylnej zaś ścianie żołądka znachodził się trójkątny ubytek wielkości korony,

leżący w środku płaskiej nieregularnej ciemno-szarej wyniosłości, którą uważać należało za rozległą wybroczynę, względnie podbiegnięcie krwawe w błonie śluzowej, zmienione pod wpływem trawiącego działania soku żołądkowego; poza temi zmianami błona śluzowa żołądka była gładka i blada. Jakkolwiek w przypadkach otrucia fosforem spotyka się nader często wybroczyny i nadżerki w błonie śluzowej żołądka, to jednak przedewszystkiem błona śluzowa okazuje zmianę opisaną przez Virchowa, jako t. zw. *gastritis glandularis hypertrophica v. gastroadenitis phosphorica*, będąca następstwem zwyrodnienia tłuszczowego komórek gruczołowych, a cechująca się obrzękiem błony śluzowej żołądka i blado-żółtem ćmem jej wejrzeniem. Błona śluzowa jelit jest wtedy zazwyczaj blado-żółtą, a jelita zawierają kał papkowaty, gliniasty. Zmian tych w wyżej opisanym przypadku nie stwierdziłem, co obok braku już wymienionych zmian, oraz z uwagi na wywiady pozwalało z wszelkiem prawdopodobieństwem wykluczyć otrucie fosforem.

Nigdzie w piśmiennictwie nie spotkałem opisu podobnego przypadku ostrego otrucia arszenikiem, z wyjątkiem wzmianki u Hofmanna[1]). Wspomina on o sekcyi 12-letniego dziewczęcia, zmarłego skutkiem otrucia arszenikiem, u którego stwierdził lekką żółtaczkę, nieznaczne zwyrodnienie tłuszczowe serca, nieco dalej posunięte zwyrodnienie tłuszczowe wątroby, a najwybitniejsze nerek, obok wynaczynionek pod błoną śluzową przełyku, w podskórnej tkance szyjnej, wybroczyn wielkości bobu pod opłucną i w tkance śródpiersia po obu stronach kręgosłupa i obok rozległych wynaczynionek podwsierdziowych. Obraz ten, jak Hofmann nadmienia, był wielce podobny do obrazu otrucia fosforem, właściwe jednak rozpoznanie oparło się na wybitnych zmianach w przewodzie pokarmowym, zwłaszcza zaś w jelitach charakterystycznych dla otrucia arszenikiem. Nadmienić jeszcze wypada, że śmierć w przypadku Hofmanna nastąpiła w cztery dni od chwili zażycia trucizny, a zatem otrucie było podostrem.

Przejdźmy z kolei do zmian, jakie znalazłem w przewodzie pokarmowym. Ograniczały się one li tylko do żołądka, a przedstawiały się w postaci rozległej wybroczyny z ubytkiem w jej środkowej części, to jest zmiany dość często spotykanej w przypadkach otrucia arszenikiem; w tych jednak przypadkach i reszta błony śluzowej jest wybitnie zmienioną, chociażby tylko ta zmiana ograniczała się do ćmego wejrzenia błony śluzowej, jako wyrazu opisanej przez Virchowa *gastroadenitis parenchymatosa*. Jednak z reguły spotykamy wtedy wybitne zmiany w jelitach, charakterystyczne dla tego otrucia. Natomiast w moim przypadku była reszta błony śluzowej gładką i bladą, zaś błona śluzowa jelit, z wyjątkiem nieznacznego powiększenia gruczołów odosobnionych i kęp Peyera, nie przedstawiała zmian, co musi być tem dziwniejszem, ile że arszenik wywołał tak wybitne i rozległe zmiany w narządach odległych. Tak więc niezwykły obraz sekcyjny nie dozwalał stanowczo rozpoznać otrucia arszenikiem i dopiero badanie chemiczne wykazało istotny stan rzeczy.

Z kolei przystępuję do opisania przypadku otrucia zielenią szwainfurtską, rozpoczynając od protokołu sekcyi.

1) Zwłoki kobiety dobrze zbudowanej i odżywionej, 150 ctm. długie. Plamy pośmiertne rozległe i wyraźne. Stężenie wszędzie utrzymane 2) Na ciele prócz śladów po wkłóciu igły strzykawki, z których po nacięciu wydobywa się zapach kamfory (miejsca te są krwią podbiegnięte), brak innych śladów obrażenia. Wewnętrznie: 3) Powłoki, sklepienie, oraz podstawa czaszki nieuszkodzone. Opony twarde i miękkie miernie w krew zasobne, gładkie, lśniące. Mózg budowy prawidłowej, w krew miernie zasobny, nieco wilgotniejszy, zresztą bez zmian. W zatokach krew płynna. Naczynia podstawy bez zmian. 4) Krtań i tchawica otwarte z przodu, próżne, błona śluzowa blada. 5) Oba płuca złączone rozległymi i silnymi zrostami z opłucną żebrową, opłucne poza zrostami gładkie, bez wynaczynionek. Płuca w całości powietrzne, miąższ na rozkroju różowy, w krew miernie obfity, za uciskiem zalewa się skąpą ilością cieczy pienistej, jasnej. Wśród miąższu rozrzucone tu i owdzie zwapniałe ogniska serowate. Krtań, tchawica i oskrzela rozcięte z tyłu — bez zmian. 6) Osierdzie i przysierdzie bez zmian i wynaczynionek Serce niepowiększone, zawiera w swych komorach krew płynną. Zastawki, wsierdzie, błona wewnętrzna tętnic, oraz same tętnice — bez zmian. Mięsień sercowy jędrny, blady z odcieniem żółtawym. 7) Śledziona mała, blada, jędrna. 8) Wątroba prawidłowo wielka, w krew miernie zasobna, podobnie i obie nerki; moczowody drożne, pęcherz moczowy skurczony, próżny. Macica niepowiększona, bez zmian, podobnie jak i części dodatkowe. Wejście do pochwy okolone strzępami błony dziewiczej. 9) Język, gardło, przełyk bez zmian. Żołądek wypełniony dużą ilością treści zielonawo zabarwionej, płynnej; błona jego śluzowa pokryta większą ilością gęstego, ciągnącego się śluzu, miejscami zaś szarą wypociną włóknikową, dość łatwo dającą się oddzielić, po której zdjęciu błona śluzowa jest ciemnoczerwona, silnie nastrzykana. W dnie i na tylnej ścianie spotyka się liczne gwiazdkowate czerwone wybroczynki i drobne nadżerki. Jelita cienkie i grube wypełnione w całej swej rozciągłości treścią płynną, ryżową, błona śluzowa surowiczo obrzękła, silnie rozpulchniona, pokryta galaretowatym śluzem, na niej w dwunastnicy, górnej części jelita cienkiego, oraz w jelicie ślepem i grubem spostrzega się pokłady łatwo dającej się ściągnąć szarej wypociny włóknikowej; w miejscach tych błona śluzowa jest ciemno-czerwona, nastrzykana. Tak w żołądku, jak i w jelitach spotyka się zbity w grudki zielony proszek.

Rozpoznanie sekcyjne otrucia zielenią szwainfurtską zostało stwierdzone przedsięwziętem w zakładzie badaniem chemicznem.

Z przytoczonych protokołów widnieje wybitna różnica obrazów sekcyjnych w obu spostrzeganych przezemnie przypadkach. I tak gdy w przypadku pierwszym zmiany anatomiczne w przewodzie pokarmowym ograniczały się tylko do żołądka i nie dawały podstawy do rozpoznania otrucia arszenikiem, jako mało charakterystyczne i z uwagi na towarzyszące zmiany w innych narządach, to w przypadku drugim spotkano zmiany jedynie w przewodzie pokarmowym i to jako zapalenie z wypociną włóknikową nietylko w żołądku, lecz nawet w jelitach, a niezwykłość zmian anatomicznych polegała właśnie na obecności wypociny włóknikowej.

Jakkolwiek tego rodzaju zmiany pod wpływem działania arszeniku były opisywane, to jednak nie należą one wcale do częstych. Zapalenie z wypociną włóknikową na błonie śluzowej żołądka widział Strassmann[2]), Lesser[3]) i Schaitter[4]), na błonie śluzowej pochwy Haberda[5]), Ansiaux[6]), Mangor[7]) i Justow[8]). W przypadku Strassmanna stwierdził on u dziewczyny młodej, która otruła się arszenikiem, na błonie śluzowej żołądka wzdłuż krzywizny dużej liczne wybroczyny, z tych zaś niektóre pokryte były łatwo ściągnąć się dającą wypociną włókni-

[1]) Lehrbuch der gerichtlichen Medicin, 1898.

[2]) Lehrbuch der ger. Med., 1895.
[3]) Atlas der ger. Med. Z. 3.
[4]) Przegląd lek. 1883, Nr. 52.
[5]) Wiener klin. Wochenschrift 1897, Nr. 9.
[6]) Henkes Zeitschrift für Staatsarzneikunde, 1821.
[7]) Ibidem.
[8]) Justow (cytowany wedle Haberdy).

kową. Podobną zmianę zauważył trzykrotnie Lesser, dwa razy na błonie śluzowej żołądka w części odźwiernikowej, raz w górnym odcinku jelita cienkiego. Schaitter wykonał sekcyę dziewczyny, która w zamiarze samobójczym zażyła arszenik. Błona śluzowa żołądka była wszędzie rozpulchniona i pokryta licznemi wybroczynami; największe zmiany znachodziły się w odległości 2—3 ctm. od odźwiernika. Błona śluzowa była w tem miejscu na znaczniejszej przestrzeni pokryta złogami wypociny włóknikowej zbitej i dość silnie do niej przylegającej, była nadto znacznie rozpulchniona, jednostajnie krwią podbiegnięta i pokryta drobnemi, wielkości prosa, owrzodzeniami, o brzegach ostrych; owrzodzenia te przenikały całą grubość rozpulchnionej i krwią przesiąkniętej błony śluzowej. Z spostrzeganych czterech przypadków zapalenia włóknikowego pochwy, wywołanego miejscowem działaniem arszeniku, na szczególniejszą uwagę zasługuje przypadek Haberdy. Przypadek ten dotyczył dziewczyny, która również w zamiarze samobójczym wprowadziła do pochwy w papier owinięty sproszkowany arszenik biały. Badanie pochwy wśród sekcyi wykazało zamknięcie jej światła w górnej części przez blado-żółtą wypocinę włóknikową, która wypełniała także sklepienia. Wypocina ta przylegała dość silnie do obrzękłej, pofałdowanej i silnie zaczerwienionej błony śluzowej. Ściany pochwy były bardzo znacznie obrzękłe, przekrwione, pokryte wybroczynami; na przedniej ścianie kiszki stolcowej, na dłoń powyżej otworu stolcowego znachodziło się ognisko 5 ctm. długie, a 2 ctm. szerokie, ciemno-czerwone, w którem to miejscu błona śluzowa była obumarła, szaro-żółta. W przypadkach Ansiaux, Mangora, Justowa stwierdzono obecność podobnych zmian, lecz mniej rozległych.

Ponieważ w obu spostrzeganych przezemnie przypadkach otrucia arszenikiem znachodziły się zmiany, dające się wytłómaczyć w myśl badań, przemawiających przeciw żrącemu działaniu arszeniku, przeto na zakończenie poruszę w kilku słowach tę do dziś jeszcze sporną sprawę, chociaż w ostatnich czasach pojęcia w tym kierunku zaczynają się już ustalać na korzyść tylko silnie drażniącego działania tej trucizny.

Do bezwarunkowych zwolenników zapatrywania co do żrącego działania arszeniku należą między innymi Seidel[9]), który twierdzi, iż zmiany spotykane w żołądku w przypadkach otrucia arszenikiem są tylko następstwem miejscowego żrącego jego działania; tożsamo zapatrywanie podziela Dittrich[10]), który pisze w swym podręczniku: „die arsenige Säure zeigt eine bedeutende Aetzwirkung"; dalej Buchner[11]). Liman[12]), Weissenstein[13]), Kobert[14]), Ziegler[15]), Schmaus[16]), wreszcie Lesser[17]), zaliczający arszenik do trucizn żrących i popierający twierdzenie to rysunkami w swym atlasie. Hofmann[18]), zajmuje stanowisko niezdecydowane, podczas kiedy bowiem przyznaje, iż sam nie spotkał zmian, któreby dowodziły żrącego działania arszeniku; gdy powiada: „förmliche Corrosionen haben wir niemals gefunden", to mówi dalej: „doch befindet sich im hiesigen pathologisch-anatomischen Museum ein so zu deutendes Präparat und von Dr. Feckel wurde uns mitgetheilt, dass er bei einem Weibe, welches zu Fruchtabtreibungszwecken Arsenik genommen hatte ein deutliches Corrosionsgeschwür gefunden habe. Auch andere wollen solche beobachtet haben, wie z. B. Filehne bei Thieren, der jedoch die Destruction als eine peptische erklärt. Ueber die Ursache der giftigen Wirkung des Arseniks ist gegenwärtig nicht viel positives bekannt; bis in die neuere Zeit wurde das Gift als ein in erster Linie lokal irritirendes ja ätzendes angesehen".

Do obozu drugiego, nie przyznającego arszenikowi żrących własności, należą: Taylor[19]) i Tardieu[20]), Van Hasselt[21]) opierający swe twierdzenie na tej okoliczności, iż arszenik nie tworzy połączenia ani z białkiem, ani z innemi ciałami proteinowemi ustroju; dalej Strassmann[22]), Lewin[23]), Falck[24]), Wachholz[25]), Hermann[26]), Mittenzweig[27]), Haberda[28]) i wielu innych.

Z wymienionych przeciwników żrącego działania arszeniku, dwóch poruszyło tę sprawę w ostatnich czasach obszernie, mianowicie Mittenzweig i Haberda. Wywody Mittenzweiga oparte są tak na materyale sekcyjnym, jak i na doświadczeniach ze zwierzętami. Przyznaje on, iż przez długi przeciąg czasu nie mógł wystąpić przeciw zapatrywaniu, iż arszenik działa żrąco, a powodem tego były przypadki opisane przez Lessera, których rysunki Lesser w swym atlasie zamieszcza, oraz przypadek opisany przez Seidla w podręczniku Maschki. W przypadkach tych stwierdzili autorowie typowy obraz powierzchownego nadżarcia błony śluzowej w postaci szaro-białych, względnie białych nalotów. Mittenzweig, który szereg innych zmian, spotykanych w żołądku w przypadkach otrucia arszenikiem, a mających również dowodzić żrącego jego działania, np. owrzodzenia, nadżerki tłómaczy w sposób niżej podany, dla powyżej przytoczonych przypadków Lessera i Seidla nie mógł znaleźć wytłómaczenia i tak chcąc nie chcąc musiał się pogodzić ze zdaniem tych, którzy przypadki te opisali. Dopiero dwie sekcye, przez niego wykonane, osób zmarłych skutkiem otrucia arszenikiem, wytłómaczyły mu powstanie owych powierzchownych nadżarć błony śluzowej. Znalazł on mianowicie w obu przez siebie sekcyonowanych przypadkach taki sam obraz, jaki opisują Seidel i Lesser. Równocześnie stwierdził jednak w żołądku obecność znacznej ilości wodnika żelazowego [$Fe_2(OH)_6$], podanego jako odtrutkę, który zastósowano również w przypadkach Seidla i Lessera. Działaniu też żrącemu wodnika żelazowego przypisuje Mittenzweig obecność owych powierzchownych nadżarć błony śluzowej żołądka. Obecność wybroczyn, owrzodzeń, nadżerek tłómaczy Mittenzweig

[9]) Maschka's Handbuch der ger. Med., 1882.
[10]) Lehrbuch der ger. Med. 1897, str. 143.
[11]) Lehrbuch der ger. Med. 1867.
[12]) Casper-Liman, Handbuch der ger. Med., 7. Aufl., 1889.
[13]) Friedr. Bl. für ger. Med. 1898.
[14]) Lehrbuch der Intox. 1893.
[15]) Lehrbuch der allg. und spec. path. Anat., 1902.
[16]) Lehrbuch der path. Anat. 1897.
[17]) l. c.
[18]) l. c.
[19]) Die Gifte. Deutsch von Seydeler, 1863.
[20]) Die Vergiftungen, 1868.
[21]) (Cytowany wedle Mittenzweiga).
[22]) l. c.
[23]) Lehrbuch der Toxikologie, 1885.
[24]) Lehrbuch der praktischen Toxikologie, 1880.
[25]) Podr. med sąd. 1898.
[26]) Lehrbuch der experim. Toxikologie, 1874.
[27]) Zeitschrift für med. Beam. 1890, str. 175 i 460.
[28]) l. c.

na podstawie teoryi Silbermanna. Badacz ten wykazał mianowicie, że arszenik obok rozpadu ciałek czerwonych, których szkielety zaczopowują naczynia włosowate, wytwarza w naczyniach włosowatych zakrzepy. Następstwem takiego zakrzepu w naczyniach włosowatych jest wybroczyna w błonie śluzowej żołądka, która prowadzi skutkiem upośledzonego odżywienia do obumarcia odpowiedniej partyi błony śluzowej i do tworzenia się większych lub mniejszych ubytków pod wpływem trawiącego działania soku żołądkowego, w jelitach zaś do owrzodzeń z powodu obecności różnych drobnoustrojów.

Liczne doświadczenia, jakie wykonał Haberda, wprowadzając arszenik *in substantia* oraz w rozczynach, do pochwy, żołądka, wykluczonych pętli jelit i jamy otrzewnowej, któreto doświadczenia połączone były z każdorazowem badaniem drobnowidowem, pozwalają mu wykluczyć z całą stanowczością żrące działanie arszeniku. Działanie zaś jego tłómaczy, opierając się na badaniach Unterbergera, który wykazał, iż arszenik wywołuje porażenie naczyń z następowem przekrwieniem, wybroczynami i zapalną wypociną w tkance. Zmiany te prowadzą zdaniem Haberdy do obumarcia powierzchownych warstw błony śluzowej w następstwie upośledzonego jej odżywienia. Powstanie owrzodzeń tłómaczy w sposób, w jaki przychodzą one do skutku w przypadkach duru, mianowicie przez oddzielenie obumarłych partyj błony śluzowej, do czego dopomaga także i obecność soku żołądkowego.

Do jakich wniosków uprawniają sekcyonowane przezemnie dwa przypadki?

Oto przedewszystkiem do tego, iż arszenik działać może albo wybitnie miejscowo, lub też ogólnie, a to zależnie od przetworu, który otrucie wywołał, względnie od stosunków dozwalających lub przeszkadzających szybszemu jego wchłonienie.

Dowodem takiego ogólnego działania jest przypadek pierwszy, w którym stwierdziłem zmiany rozległe w odległych narządach, a w którym otrucie nastąpiło przetworem stosunkowo łatwiej rozpuszczalnym, aniżeli np. zieleń szwainfurtska, w którym wreszcie sekcyą stwierdzony stan żołądka dozwalał przypuszczać, iż wchłonienie szybsze nie natrafiało na przeszkody, np. z powodu znacznej ilości treści pokarmowej. Przypuszczać należy dalej, iż w tym przypadku, jak i w podobnych, przyczyną zejścia śmiertelnego stały się zmiany ogólne i że przypadek ten klinicznie przedstawiał się pod postacią mózgowo-rdzeniową, za czem jeszcze przemawiałoby szybkie zejście śmiertelne, duża ilość arszeniku, stwierdzona badaniem chemicznem, oraz brak wszelkich zmian w jelitach, które w razie dłuższego trwania zatrucia musiałyby się były wytworzyć, cała bowiem ilość arszeniku, jak to z badania chemicznego wynika, przez błonę śluzową żołądka wessaną nie została. W przypadku tym przebija się dalej wyraźne działanie arszeniku na twory komórkowe, które pod jego wpływem ulegają zwyrodnieniu tłuszczowemu; przebija się wreszcie działanie jego na krew, względnie na naczynia krwionośne, czego niewątpliwym dowodem byłyby stwierdzone sekcyą rozległe wybroczyny śród rozmaitych narządów. Temu też działaniu przypisać należy i zmianę w żołądku, którą protokół sekcyjny dokładnie podaje. Zmiana ta była początkowo rozległą wybroczyną i stała się powodem obumarcia pewnej części błony śluzowej, ta zaś część uległa następnie zniszczeniu pod wpływem trawiącego działania soku żołądkowego. Za słusznością tego tłómaczenia przemawiają przedewszystkiem obecność licznych wybroczyn w innych miejscach ustroju, a chyba — co najważniejsze — wejrzenie samej zmiany. Że nie była ona następstwem sprawy zapalnej, połączonej z wybroczynami i złożeniem wypociny w tkankę z następowem obumarciem i oddzieleniem się obumarłej części błony śluzowej, jak tłómaczy Haberda, wynikać się zdaje z braku zmian zapalnych w najbliższem otoczeniu opisanej zmiany, oraz w innych częściach błony śluzowej żołądka, jak również z krótkiego stosunkowo okresu czasu, jaki upłynął od chwili zażycia trucizny do chwili śmierci.

Przypadek drugi naodwrót jest typowym przykładem miejscowego działania arszeniku. Arszenik wywołał tu zmianę zapalną, obejmującą cały przewód pokarmowy. Tu przyjąć można wywody Unterbergera i wykazane przezeń porażenie naczyń, jakie trucizna ta wywołuje wraz z wszystkiemi jego następstwami. Niewytłómaczoną pozostałaby jeszcze sprawa powstawania tutaj zapalenia z wypociną włóknikową. Najracyonalniejszem tłómaczeniem tej sprawy w danym razie wydaje mi się być tłómaczenie Strassmanna [29]). Przypuszcza on mianowicie, iż z chwilą obumarcia nabłonka w następstwie upośledzonego odżywienia odpada czynnik przeszkadzający krzepnięciu wypociny. Tłómaczenie to jest zupełnie trafne, choć zdaniem mojem nie da się także wykluczyć działanie drobnoustrojów.

W każdym razie tak w jednym, jak i w drugim przypadku nie stwierdziłem żadnych takich zmian, któreby dowodziły żrącego działania arszeniku, co zgadza się tak z chemicznemi jego własnościami nie tworzenia połączeń z białkiem, jak i z całym szeregiem badań doświadczalnych.

III. Oko a ucho, wzajemny ich stosunek i zależność pod względem anatomicznym i klinicznym.

Podał

Dr. R. Spira.

(Ciąg dalszy).

Liczne doświadczenia wykazały, że przy sztucznie wywołanym zawrocie błędnikowym, n. p. przez obracanie się wkoło, występują drgawkowe ruchy ócz; odwrotnie, ruchy te nie pojawiają się w tych samych warunkach u głuchoniemych, z czego Kreidl [56]) wnosi o niesprawności przewodów półkolistych u głuchoniemych. Przy jeździe po linii krzywej przedmioty pionowe wydają nam się skośnymi. Również Denke [57]) znalazł, że u zupełnie głuchych ruchy wahadłowe oczu nie występują w warunkach, w których powstają u zdrowych. Poszukiwania Kreidla wykazały, że w chwili zniszczenia n. słuchowego i ślimaka u kotów występuje drżenie poziome, trwające 24—48 godzin. Adler [58]) podaje ciekawe spostrzeżenie, tyczące się drżenie gałek ocznych *(nystagmus)* przy zawrocie błędnikowym. Högyes [59]) uważał po wessaniu płynu okołolimfatycznego i wdmuchiwaniu powietrza w przestwór okołolimfatyczny z początku obustronne ruchy oczne, a przy silniejszem dmuchnięciu wyraźne drżenie gałek ocznych. Baginsky [60]) spostrzegał

[29]) l. c.

ruchy te obok zawrotu głowy przy przestrzykiwaniu ucha z otwartem okienkiem ślimakowem. Wdmuchując powietrze do przewodu ucha zewn. przy przedziurawionej błonie bęb., wywołał Lucae[61]) zawrót optyczny, przyczem przedmioty zdawały się poruszać w stronę przeciwną, a gałka oczna poruszała się ku stronie podrażnionej, co się tłómaczy współruchem oka ku stronie podrażnionej, przez co przedmioty pozornie poruszają się w stronę przeciwną. Współruchy te tłómaczą się tem, że wahania parcia w płynie błędnikowym pobudziły gałązki n słuchowego, które szlakami wyżej wymienionymi przeniosły podnietę drogą odruchową na m.m. oczne.

Objaw wzmagania się zaburzeń równowagi w ciemności, oraz przy chodzeniu z zamkniętemi oczami w zawrocie błędnikowym wyjaśnia się tem, że narząd wzrokowy stanowi przyrząd uzupełniający i zastępczy zmysłu statycznego, który jest w stanie zaburzenia tego zmysłu w uchu po części wyrównać. W tym stosunku zawrotu usznego do narządu wzrokowego leży także tłómaczenie faktu, spostrzeganego przez Guyego i stwierdzonego przez Politzera, że w zawrocie Menierea charakter pisma chorego w początku się zmienia, przyjmując cechy pisma drżącego starca, a z ustąpieniem zawrotu i niepewnego chodu znowu powraca powoli do pierwotnego swego stanu.

Jakobsohn[62]), Politzer, Frankl-Hochwart i inni zwracali na to uwagę, że chorobie Ménièrea towarzyszy drżenie gałki ocznej.

Wpływ odruchowy na przyrząd ruchowy oka, oprócz drżenia gałki ocznej, uwydatnia się jeszcze w zaciskaniu powiek, zaburzeniach ruchowych m.m. gałki ocznej, m.m. śródocznych i źrenicznych i może być wywołany różnemi chorobami ucha zewnętrznego, środkowego i wewnętrznego. Zaciskanie powiek uważał Rampoldi przy obecności ciała obcego w przewodzie usznym zewnętrznym; Zinn po przestrzykiwaniu ucha; Gottstein[63]) mówi o przypadku zaciskania powiek, poprzedzanego szmerem w uchu, który mu towarzyszył. Buzzard[64]) opisuje przypadek zaciskania powiek wskutek nagromadzenia się woskowiny w usznym przewodzie zewnętrznym. Bürkner[46]) zaś wskutek wprowadzenia lejka usznego. — Opadnięcie powieki górnej obok braku czucia i niedowładu połowiczego głowy skutkiem ukleju w uchu spostrzegał Schwartze[65]).

Moss[66]) opisałpr zypadek porażenia m. bloczkowego, powstałego wskutek ropnego zapalenia ucha środk , które ustąpiło po wyleczeniu choroby usznej. Spira[67]) ogłosił opis przypadku porażenia m. prostego zewn. (n. odwodzącego), spowodowanego zapaleniem wyrostka sutkowego. Bürkner[68]) spostrzegał przypadek porażenia m.m. ocznych, jako powikłanie ropnego zapalenia ucha środkowego. U chorej Desternego[68]), cierpiącej od $1\frac{1}{2}$ roku po przebytej róży na drgania w prawej powiece i na połowiczy ból głowy nastąpiło wyleczenie po jednorazowym tuszu powietrznym.

Widzenie podwójne, zez, rozszerzenie (względnie zwężenie) źrenicy, wywołane w drodze odruchowej z ucha, przytaczają: Geronzi[51]) spostrzegł widzenie podwójne, wywołane odruchowo przez podrażnienie przedsionka u osoby cierpiącej na zapalenie ucha środkowego. U chorej z przedziurawieniem błony bęb. Lucae[61]) widział odwodzenie gałki tej samej strony i widzenie podwójne po każdem zagęszczaniu powietrza w przewodzie usznym. Urbantschitsch opisał jeden przypadek zezu zbieżnego i jeden rozbieżnego w zależności od choroby usznej. W jednym przypadku, tyczącym się 6-letniego chłopca z ropieniem ucha środkowego, zależność ta objawiała się w ten sposób, że z pogorszeniem się choroby usznej zez także się pogarszał i odwrotnie; z wyleczeniem zaś choroby tej i zez ustąpił. W drugim przypadku w chwili wyjęcia ukleju usznego wystąpiło odchylenie gałki na zewnątrz; zez w tym przypadku został trwałym. Thomas[68]) opisuje przypadek ustąpienia zeza po wyskrobaniu jamy bębenkowej i jamy nosowo-przełykowej. Podobne przypadki podają Gervais, Tillaux i inni.

O zaburzeniach odruchowych źrenicy, pochodzących z ucha, wspominają: Moos[69]), Schwartze[70]), Gelle[71]), Gervais[72]), Urbantschitsch i inni. W przebiegu ropnego zapalenia ucha środkowego Moos widział zwężenie, Schwartze — rozszerzenie źrenicy. Gellé spostrzegał rozszerzenie źrenicy podczas wyjęcia ukleju z jamy bęb.; Gervais — zez zewnętrzny i zwężenie źrenicy skutkiem ropnia na stropie wyrostka sutkowego. Odruchowe te objawy ustąpiły po nacięciu ropnia. Według spostrzeżeń Urbantschitscha zmiany w parciu powietrza w jamie bęb. mogą wywołać, szczególnie u osób młodych i wrażliwych, krótko trwające rozszerzenie źrenicy, szczególnie wyraźne przy przedziurawionej błonie bębenkowej.[2]) Holt[73]) widział często w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego porażenie akomodacyi z porażeniem n. twarzowego. Tu może wypada wspomnieć także doświadczenie Ferriera, który drażniąc górny zakręt skroniowy, jako czuciowy ośrodek słuchowy, otrzymywał u rozmaitych zwierząt kurczenie i szybkie podniesienie się muszli usznej, utratę słuchu po stronie przeciwnej, rozszerzenie źrenic, szerokie otwarcie oczu i skręcenie głowy i oczów w stronę przeciwną.

Habermann[74]) odwrotnie spostrzegał przypadek porażenia n. twarzowego, w którym przy każdym nacisku powieki (miganiu oczami) występował stłumiony szmer w odpowiedniem uchu; szmer ten ustał po przecięciu ścięgna m. strzemiączkowego. Unerwienie tego mięśnia i m. okrężnego powieki przez ten sam n. twarzowy tłómaczy synergią wzajemne działanie odruchowe tych mięśni. Silne zamknięcie powiek wywołuje nizkie mruczenie w uchu, jako szmer mięśniowy m. strzemiączkowego, a skurcz tego mięśnia może znów pociągać za sobą skurcz powiek. (Dok. nast.).

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Henryk Kowalski (Tarnów). **O budowie i pielęgnowaniu ciała ludzkiego podczas zdrowia i choroby.**

Pod powyższym tytułem wyszła nakładem „Macierzy Polskiej“ we Lwowie książka, która zasługuje na baczniejszą uwagę ze strony lekarzy, oraz zalecenie jej ze stanowiska lekarsko-higienicznego do użytku szerszej publiczności. Pracę swą podzielił autor na trzy części: w pierwszej omawia budowę ciała ludzkiego i czynności narządów; drugą poświęca pielęgnowaniu ciała podczas zdrowia i wpływowi najważniejszych czynników i warunków zewnętrznych na zdrowie; w trzeciej najobszerniejszej poucza o pielęgnowaniu ciała podczas choroby; — w oddzielnym zaś końcowym ustępie obejmuje wskazówki dla opiekujących się chorymi i zakończa uwagami o apteczkach domowych. Książka ta pisana jest w całości jasno z uwzględnieniem najnowszych zdobyczy wiedzy; liczne ryciny objaśniają wyśmienicie jej

treść; część trzecia, w której autor ugrupował przedmiot około najważniejszych objawów chorobowych, zestawionych w porządku alfabetycznym, ułatwiającym oryentowanie się w książce, zawiera wielki zasób doświadczenia lekarskiego i znakomitych rad praktycznych, przyczem autor na każdym kroku bardzo dosadnie poucza, do jakiego stopnia przy poszczególnych objawach chorobowych stosować można lecznictwo domowe, a kiedy obecność lekarza staje się konieczną. Książka Dra Kowalskiego jest napisana z wielkiem zamiłowaniem dla sprawy zdrowia społecznego, przedewszystkiem zaś zdrowia ludu wiejskiego, uzupełnia ona prawie dotkliwy brak tego rodzaju piśmiennictwa u nas i zasługuje bardzo na rozpowszechnienie w bibliotekach szkolnych, oraz czytelniach towarzystw „Oświaty“ i „Szkoły ludowej“, wreszcie niemałą usługę odda w rodzinie i wszystkim osobom o wyższem wykształceniu, zajmującym się sprawami zdrowia publicznego. Niezbyt liczne i drobne usterki rzeczowe, nie zmniejszające jednak wartości tego dziełka, zapewne usunie autor w najbliższem wydaniu, w którem nie pominie również działu z „higieny pozytywnej“, traktującego o możliwości i sposobach fizycznego wyrobienia osobników z natury wątłych i chorowitych; — dział bowiem drugi zajmuje się wyłącznie higieną zapobiegawczą, a jednak ta do rozwoju zdrowia nie wystarcza i jednostronnie uprawiana, nie wyrobi ludzi dzielnych i opornych na szkodliwe wpływy zewnętrzne.

Dr. Leonard Bier.

V. Wyciągi.

Leczenie raka kankroiną „Adamkiewicza“. Pod tytułem „Nowe wyniki po kankroinie w raku języka, krtani, przełyku żołądka i sutków“ ogłosił prof. Adamkiewicz pięć przypadków raka, podobno makro- i mikroskopowo stwierdzonego przez zawodowców, których zdanie nie powinno ulegać najmniejszej wątpliwości. Przypadki te były poprzednio leczone przez dłuższy czas środkami wewnętrznymi ze skutkiem jednak wcale ujemnym; — dopiero po zgłoszeniu się do prof. Adamkiewicza, gdy ten zaczął stosować wstrzykiwania kankroiny, nastąpiło bądź zupełne wyleczenie, bądź częściowa, lecz znaczna poprawa.

Równocześnie z tą publikacyą pojawiło się także w tem samem czasopiśmie lekarskiem (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 24, 1902) ogłoszenie Kugela z Bukaresztu, donoszące o zupełnem wyleczeniu raka sutka po zastosowaniu surowicy Adamkiewicza. Zaznaczyć należy, że ten ostatni przypadek, trwający przeszło 8 lat i kilkakrotnie bezskutecznie operowany, miał zostać zupełnie wyleczony po 20-tu wstrzyknięciach kankroiny. Zdawałoby się więc, że z utęsknieniem oczekiwany środek do uleczenia raka został nareszcie wynaleziony: — tymczasem w Nrze 28 tego samego czasopisma (*Berliner klin. Wochenschrift*) pojawiło się sprostowanie, rzucające zupełnie inne światło na całe to postępowanie lecznicze.

I tak Nothnagel (Wiedeń), wprost oświadcza, że przypadek przytoczony przez Adamkiewicza, rozpoznany poprzednio na oddziele Nothnagla jako niewątpliwy rak żołądka, leczony był w klinice wiedeńskiej jedynie jako *cystopyelitis*, *anaciditas* i wreszcie jako *carcinoma*, — ale ze znakiem zapytania. Z tego wynika, że rozpoznanie co do raka nie było ustalone, że więc wywody Adamkiewicza co do zupełnego wyleczenia — w tym przypadku przynajmniej — spoczywają na nader chwiejnych i wątłych podstawach i żadnych z tego konkretnych wniosków wysnuć nie można.

Drugim jest prof. Eiselsberg (Wiedeń), który wprawdzie przyznaje, że w jednym z przypadków przytoczonych przez Adamkiewicza, rozpoznał zapomocą ezofagoskopu raka przełyku, że jednak po wstrzykiwaniach kankroiny nie widział więcej tego chorego, wobec czego nie może wydać sądu co do wyniku tego swoistego leczenia: — nie jest bowiem wykluczonem, że w tym przypadku zachodzić może czasowa poprawa skutkiem złuszczenia się nowotworu, objaw, który szczególnie w rakach przełyku nie rzadko się pojawia. W końcu zaznacza, że z wyjątkiem jednego jedynego przypadku (Kugel), w żadnym z ogłoszonych przez Adamkiewicza nie można dotychczas stwierdzić trwałego wyleczenia; poprawę lub wyleczenie stwierdził jedynie sam prof. Adamkiewicz.

Dyrektor szpitala Poten w Hannowerze zachęcony ogłoszeniem prof. Kugela postanowił sprawdzić działanie kankroiny. Pierwszy przypadek, który mu się nawinął, dotyczył kobiety 48-letniej, obarczonej rakiem macicy, stwierdzonym makro- i mikroskopowo, jako typowe *carcinoma uteri alveolare*. Ze względu, że przypadek sam przez się wcale się nie nadawał do zabiegu operacyjnego, sprowadził sobie autor — za poradą Adamkiewicza — czystą kankroinę i wstrzyknął chorej w całości 13·50 ctm.³ (16 wstrzyknięć) w ciągu niespełna trzech tygodni. Skutku bodaj najmniejszego zaznaczyć nie było można, — chora zmarła wśród objawów ogólnego charłactwa. Badanie pośmiertne sprawdziło rozpoznanie, uczynione za życia, stwierdzając nadto przerzuty w gruczołach brzusznych i sieci. Wycięte kawałki nowotworu z miejsca wstrzyknięć i badane drobnowidowo nie okazywały zgoła żadnych śladów (n. p. zmiany w budowie, zmniejszanie się ognisk, obumarcie komórek rakowych itp.), któreby wskazywały na jakąś bodaj rozpoczynającą się przemianę wsteczną.

W drugim przypadku stosował autor kankroinę w raku sutka: skoro bowiem po zabiegu operacyjnym i doszczętnem wyprzątnięciu całej pachy wystąpił nawrót nowotworu (drobnowidowo stwierdzony), zgodziła się chora na wstrzykiwania kankroiny Adamkiewicza. W ciągu 47 dni otrzymała 20 grm. kankroiny w 18 wstrzyknięciach i to zawsze w bliskości dawnej blizny operacyjnej; — w następnych 20-tu dniach wstrzyknięto 10 grm, a po przerwie półtoramiesięcznej znów 10 grm. w ciągu dwóch miesięcy. W 13 dni po ostatniem wstrzyknięciu zmarła chora skutkiem choroby płucnej. Sekcya wykazała obok typowego raka skóry przerzuty w płucach, opłucnej, na przeponie i w wątrobie — wszędzie stwierdzone drobnowidowo. Ani kształt komórek rakowych, ani sposób ich ułożenia, ani nawet ich oddziaływanie na barwiki nie odstępowały od normy, skutek więc po kankroinie równa się zeru.

Schultz-Schultzenstein (Steglitz-Berlin), dowiedziawszy się o zachwalanych przez Adamkiewicza wynikach po kankroinie, a mając do dyspozycyi przypadek, w którym na zasadzie cięcia brzusznego stwierdzono mięśniaka macicy, zwyrodniałego rakowato i nie nadającego się do doszczętnej operacyi, zastosował kankroinę po poprzedniem listownem porozumieniu się z Adamkiewiczem. Przez trzy miesiące użyto 7 flaszeczek, zawierających po 10 ctm.³ kankroiny. Skutku pomyślnego — choćby najmniejszego, nie było. W dodatku podaje autor, że Dr. Orb w Charlottenburgu stosował kankroinę w dwóch przypadkach raka, z wynikiem zupełnie ujemnym. *Dr. Pisek* (Podgórze).

Theilhaber. **Przyczynek do nauki o klinicznem znaczeniu tyłozgięcia ruchomego macicy.** (*Münchener medicinische Wochenschrift* Nr. 30. 1902). Autor, który siebie uważa za ojca nowej nauki o powstaniu, klinicznem znaczeniu i leczeniu ruchomego tyłozgięcia macicy, występuje przeciw tym wszystkim lekarzom, którzy nauki tej nie znają, czy też znać nie chcą i w każdym przypadku tyłozgięcia macicy, ruchomej czy ustalonej, ciężarnej czy nieciężarnej, natychmiast zakładają krążek. Zdaniem autora tyłozgięcie macicy jako takie prawie nigdy żadnych przypadów nie wywołuje, a jeżeli one istnieją, to są następstwem przypadkowych powikłań, jak: histerya, nawykowe zaparcie stolca, zapalenie błony śluzowej macicy, choroby przydatków macicy i t. p.; na to zgadza się zresztą już teraz cały szereg bardzo wybitnych ginekologów. Szczególnie zwraca się T. przeciw tym, którzy w każdym przypadku tyłozgięcia macicy ciężarnej, — z obawy przed jej uwięźnięciem, — z reguły w drugim lub trzecim miesiącu ciąży zakładają krążek. Jest to leczenie zupełnie zbyteczne, bo prawie zawsze w tym czasie macica, rosnąc i wydostając się z miednicy małej do dużej, sama przechodzi w przodozgięcie, — nawet macica z tyłozgięciem ustalonem. Uwięźnięcie macicy ciężarnej tyłozgiętej jest zresztą zjawiskiem bardzo rzadkiem: w ciągu ostatnich 9 lat na 1000 przypadków tyłozgięcia macicy nieciężarnej widział autor tylko dwa razy uwięźnięcie macicy ciężarnej tyłozgiętej, — a jeżeli nawet występuje, to objawy są tak wybitne (szczególnie objawy ze strony pęcherza moczowego), że kobiety takie same się zgłaszają jeszcze przed uwięźnięciem do lekarza, a ten zawsze ma czas macicę odprowadzić i na krótki czas założyć krążek.

Dr. E. Ehrenpreis.

Prof. Busse. **O tworzeniu się krwisteków** *(haematocele).* (*Monatschrift für Geb. und Gyn.* Tom XVI, Zeszyt I, 1902). W przeważającej liczbie przypadków krwisteki powstają w przebiegu ciąży zamacicznej — trąbkowej. B. zastanawia się nad pytaniem dotychczas nierozstrzygniętem, dlaczego krew wylana do jamy brzusznej w tych przypadkach nie ulega wessaniu, lecz krzepnie i tworzy guzy krwawe (*haematocele*)? Schröder tłómaczył to tem, że się tworzy błona łącznotkankowa, oddzielająca krew wylaną do jamy Douglasa od reszty jamy brzusznej, wskutek czego przychodzi do skrzepnięcia. Dzisiaj wiemy, że błona ta nie jest przy-

czyną, ale następstwem skrzepniętej już krwi. Veit upatruje przyczynę skrzepnięcia krwi w postronkach parametrytycznych, na których osadza się włóknik krwi, podobnie jak na nitce rozpiętej we krwi płynnej. Doświadczenia na zwierzętach obaliły jednak to tłómaczenie. Winternitz wreszcie zauważył, że część krwi wydostaje się z trąbki już skrzepnięta i jako taka z jednej strony nie może uledz wessaniu, z drugiej strony przyczynia się do skrzepnięcia krwi płynnej później wylanej. Jednak i ta teorya nie jest jasną, albowiem trudno pojąć, dlaczegoby skrzep stary miał powodować skrzepnięcie świeżej krwi płynnej. Autor wychodzi z założenia, że tylko zdrowa otrzewna odznacza się ową nadzwyczajną zdolnością chłonienia, — zmieniona zaś traci ją w znacznym stopniu, lub nawet zupełnie. Liczne sekcye i badania mikroskopowe wykazały istotnie, że w przypadkach ciąży zamacicznej, trąbkowej, otrzewna jamy Douglasa znajduje się w stanie zapalenia przewlekłego. Krew wylana do takiego przestworu nie może uledz wessaniu i krzepnąc tworzy guzy krwawe. Że zapalenie takie nie wywołuje żadnych objawów, tłómaczy B. tem, że ono się wytwarza bardzo pomału, z powodu czynników drażniących otrzewnę tygodniami. Jakiego rodzaju są te czynniki drażniące w każdym przypadku, czy bardzo różnorodna wydzielina trąbki, czy małe krwotoki, czy wreszcie inne przyczyny, pozostające w związku z samą ciążą, tego autor nie rozstrzyga.

Dr. E. Ehrenpreis.

Müller. **O powstaniu drgawek porodowych.** (*Archiv für Gynäc.*, Tom 66, Zeszyt II. 1902). Przeszedłszy krytycznie dotychczasowe teorye o powstawaniu drgawek porodowych, dochodzi autor do wniosku, że stanowią one chorobę *sui generis*, polegającą na zatruciu ustroju, chorobę jednostajną anatomicznie i klinicznie. Koniecznym warunkiem do wywołania drgawek porodowych jest *mater generativa*, — niekoniecznym jednak płód ani łożysko, — jak to wykazują przypadki tej choroby w późnym nawet okresie połogu. Zdaje się więc nie ulegać wątpliwości, że punktem wyjścia tego zatrucia jest ustrój matki, w szczególności jama macicy. Zatory komórek łożyskowych i błon doczesnych w narządach odległych, oraz bakterye, znajdowane we krwi kobiet, cierpiących na drgawki, przemawiają za zdolnością chłonienia macicy; zdaje się więc, że i jad wywołujący drgawki tą drogą dostaje się do krwi obiegu. Jad sam jest pochodzenia bakteryjnego. Za tem przemawia gorączka, jako objaw samoistny, będący następstwem tejsamej przyczyny, która wywołuje i drgawki; za pochodzeniem bakteryjnem przemawiają również owe zwyrodnienia narządów wewnętrznych, przedewszystkiem nerek i wątroby, — a więc tych, które w pierwszej linii powołane są do zobojętniania, względnie niszczenia wszelkich jadów, zalewających ustrój. M. identyfikuje więc drgawki porodowe z t. zw. gorączką z wchłonienia (resorpcyjną). Aby drgawki powstać mogły, konieczną jest obecność materyału, zdolnego do rozkładu i bakteryj, któreby nań zadziałały i jad wytworzyły; następnie potrzebne są korzystne warunki chłonienia. W ciąży spotykamy się z martwicą (fizyologiczną) błon doczesnych, do czego nieraz dołącza się zapalenie błony śluzowej macicy, istniejące może już przed ciążą. Sprawy te wytwarzają masy komórek obumarłych i wydzielinę czasem bardzo obfitą (*hydrorrhoea*). Bakterye w zapaleniu błony śluzowej macicy są zwykle w niej obecne; zresztą mogą się tam dostać w pewnych warunkach i z szyjki macicznej. Jad więc wytworzyć się może. W drugiej połowie ciąży ma on jednak utrudniony odpływ wskutek zlepienia się błony doczesnej prawdziwej z doczesną zagiętą. Nagromadza się więc w jamie macicy i tylko drogą chłonienia, przez dostanie się do obiegu krwi, zostaje z ustroju wydalony. Już tu mamy wyjaśnienie, dlaczego gorączka i drgawki tak rzadko występują w pierwszej połowie ciąży. Przy ciśnieniu śródmacicznem, co stanowi korzystny warunek chłonienia, może przyjść nagle do wessania wielkiej ilości jadu. Tylko takie nagłe dostanie się do ustroju wielkiej ilości jadu powoduje drgawki, — stopniowe zaś i powolne wywołać może gorączkę i lekkie objawy nerwowe, jak ból głowy, zawroty i wymioty. Z cięższych zaś — psychozy i śpiączkę, nigdy jednak drgawek. Należy to tłómaczyć tem, że przy powolnem wessaniu ustrój potrafi się niejako dostosować do zmienionego składu krwi, — przy nagłem zaś ustrój jest nieprzygotowany i oddziaływa drgawkami. Sprawy te wyjaśniają nam powstawanie drgawek z szczególnem upodobaniem u pierwiastek, przy nadmiarze potoku (*hydramnion*), przy bliźniętach, bo tu ciśnienie śródmaciczne jest istotnie wzmożone. Tesame warunki mogą zachodzić przy porodzie. W przypadkach niestosunku porodowego, przeciągającego się porodu, wogóle gdzie przychodzi do długotrwającego ucisku na części miękkie tam wskutek następowej martwicy powierzchownej czy głębokiej — znajdzie się i materyał nadający się do rozkładu; o bakterye zaś nietrudno wobec badań wewnętrznych, w tych przypadkach może zbyt częstych, — przedwczesnych pęknięć pęcherza płodowego itp. Jad więc wytworzyć się może. Ważny czynnik, korzystny dla sprawy chłonienia, stanowią bóle porodowe, wzmagające znacznie ciśnienie śródmaciczne, prócz innych, o których wyżej była mowa. To nam tłómaczy najczęstsze występowanie drgawek przy porodzie. W połogu wreszcie materyał rozkładowy stanowią resztki błon, masy komórek i możliwy zastój odchodów; jeżeli na nie zadziałają bakterye, czy to z pochwy, czy znajdujące się w jamie macicy, jad jest przygotowany. Warunki chłonienia są również korzystne wobec tak wielkiej powierzchni rozranionej, jaką przedstawia ściana macicy po odejściu łożyska, szczególnie jeżeli macica źle się kurczy (po bliźniętach, przy nadmiarze potoku). To znowu tłómaczy nam dlaczego w połogu stosunkowo rzadko występują drgawki (wolny odpływ), — dlaczego we wczesnym okresie połogu częściej, aniżeli w późniejszym (przeobrażenie wsteczcze, zmniejszenie powierzchni chłonienia). Obniżenie ciśnienia śródmacicznego pogarsza warunki chłonienia, np. wskutek zmniejszenia lub całkowitego odpływu wód płodowych. To tłómaczy nam, dlaczego tak rzadko występują drgawki przy płodzie nieżywym, dlaczego nie rzadko drgawki ustają po przedarciu pęcherza płodowego i po urodzeniu się płodu.

Leczenie powinno być przyczynowe, następnie skierowane przeciw samej chorobie, wreszcie objawowe. W ciąży powinno leczenie przyczynowe polegać na szybkiem rozszerzeniu szyjki macicy, przedarciu pęcherza płodowego i rozwiązaniu kobiety. Jako ostatnia ucieczka — cięcie cesarskie, przyczem trzeba również przedtem rozszerzyć szyjkę, aby nie powstał zastój odchodów. Te same uwagi dotyczą leczenia drgawek powstałych w porodzie. Przy drgawkach w połogu trzeba się starać zmniejszyć powierzchnię chłonącą, a więc utrzymać macicę w skurczu: ergotyna, lód na brzuch; wreszcie należy zwrócić uwagę na możliwy zastój odchodów. Leczenie samej choroby powinno polegać na wydaleniu jadu z ustroju: celowi temu odpowiadają najskuteczniej środki potne, kąpiele gorące z następowemi zawijaniami, upust krwi, hipodermokliza. Wreszcie leczenie objawowe; tu należy: morfina, chloroform, chloral. Autor radzi ograniczyć ich użycie do *minimum*, bo niewiele pomagają, — a osłabiają ustrój. Raczej należy podawać środki podniecające. W tym samym zeszycie „Archiwu" ogłoszoną jest praca Dra Alberta „O przyczynach drgawek porodowych", w której autor stara się również wytłómaczyć pochodzenie bakteryjne tej choroby. Na dowód tego prócz wywodów teoretycznych, które równają się mniejwięcej wywodom wyłuszczonym wyżej w pracy Dra Müllera, podaje autor wyniki drobnowidowych badań błon doczesnych u kobiet, które nierozwiązane uległy drgawkom w ciąży. We wszystkich przypadkach znalazł ciężkie zmiany chorobowe na błonie doczesnej prawdziwej i zagiętej, gdzie też znajdowały się główne ogniska bakteryjne; zawsze stwierdzał ogniskowe lub rozsiane nacieki drobnokomórkowe, a nawet ograniczone ogniska ropne, więc sprawy, które z pewnością należy odnieść tylko do miejscowych procesów zakaźnych.

Dr. E. Ehrenpreis.

Lebrun. **Złamanie sklepienia czaszki bez rany zewnętrznej z wylewem krwi zewnątrz opony twardej.** (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1902, czerwiec). Autor opisuje bardzo typowy przypadek obrażenia czaszki, przyczem kładzie nacisk na niektóre objawy. Do nich należy bardzo znamienny okres zupełnej przytomności pomiędzy nastaniem urazu, a wystąpieniem objawów mózgowych. Długość tego okresu (na który uwagę zwrócił Broca), trwająca od jednego do kilku dni, zależy od szybkości występowania wylewu krwi. Skoro ucisk mózgu dojdzie do pewnego nasilenia, chory zapada w coraz głębszą śpiączkę. Ciepłota zwykle bywa prawidłowa, niekiedy jednak występuje znaczne podniesienie ciepłoty, dające powód do błędnego rozpoznania zapalenia opon mózgowych. Błąd ten bywa dla chorego bardzo zgubny, gdyż skłania lekarza do zaniechania zabiegu operacyjnego w przypadku, gdzie zabieg ten wprost uratowałby życie choremu. Podniesienie ciepłoty zatem, choćby znaczne, nie jest przeciwwskazaniem do trepanacyi.

Niekiedy znowu lekarz, mając do czynienia z chorym bezpośrednio po urazie czaszkowym, widząc przytem przytomność zupełną i władze umysłowe w całej pełni utrzymane, rokuje pomyślnie, podczas gdy już po krótkim czasie objawy ucisku śródczaszkowego występują w całej pełni.

W przypadku, który autor opisuje, pomimo nader ciężkich objawów, pomimo krwotoku nosowego po stronie złamania czaszki, co zdawało się wskazywać, że pęknięcie obejmuje i podstawę czaszki i pomimo podniesienia ciepłoty, dokonano operacyi i wydobyto około 200,0 skrzepłej krwi. Ucisk zatem półkuli mózgowej dochodził do *maximum*. W kilka godzin po operacyi dziecko odzyskało przytomność. Po przyjściu do zdrowia nie okazywało żadnych zaburzeń, któreby można uważać za pozostałość po tak ogromnem zgnieceniu mózgowia.

Dr. T. Żeleński

Dr. G. Friedländer. **Mięsaki olbrzymiokomórkowe i komórki plazmatyczne.** *(Archiv Langenbecka* T. 67, 1902, Zeszyt I). Unna sądzi, że komórki plazmatyczne są niemal identyczne z komórkami mięsaka. Komórki plazmatyczne, utraciwszy ziarninę, stawać się mają komórkami tkanki mięsakowej. Takiemu zapatrywaniu sprzeciwiają się Marschalko, Pappenheim, Enderlen i Justi. Do nich przyłącza się F. na podstawie własnych badań i uważa komórki plazmatyczne za wyraz sprawy zapalnej, toczącej się w sąsiedztwie. Brak komórek plazmatycznych uważa za charakterystyczny dla mięsaka. Natomiast obecność tych komórek w tkance, rozpoznawanej jako mięsakowa, nie przemawia przeciw rozpoznaniu: mogą się bowiem one zjawiać dzięki sprawie zapalnej, toczącej się w samym nowotworze, w jego otoczeniu, lub też w podścielisku. Komórki w mięsakach olbrzymiokomórkowych z kości dawały odczyn komórek plazmatycznych, zasadniczo jednak różnią się od nich. Zachowaniem się swem zbliżały się raczej do angioblastów. F. znalazł dalej, że mięsaki, pochodzące z pochewek ścięgnistych i uda, jakkolwiek zawierały olbrzymie komórki, — zachowały się odmiennie. Zdaniem F. jest to ważny czynnik prognostyczny: mięsaki, zawierające komórki olbrzymie, dające odczyn komórek plazmatycznych, zdają się być nowotworami łagodnymi. Wobec tych nowotworów możemy postępować mniej radykalnie. *Herman.*

Doc. Dr. E. Payor. **O rozległej resekcyi jelit** *(Archiv Langenbecka* T. 67. Z. 1., 1902). Popod postronkiem rozpiętym pomiędzy więzem szerokim macicy a krezką okrężnicą podsunęły się pętle jelita cienkiego i w następstwie wynikła niedrożność przewodu pokarmowego. Podczas laparotomii, wykonanej 3-go dnia choroby, autor był zmuszony wyciąć z powodu zgorzeli 30 cnt. jelita. Mimo istniejącego już zapalenia otrzewnej chora wyzdrowiała. W kilka miesięcy po operacyi stwierdzono, że trawienie u chorej odbywało się zupełnie prawidłowo. *Herman.*

Dr. H. Wolff. **O rzadkiej postaci sztucznego zwapnienia.** *(Archiv Langenbecka* T. 67, Z. 2, 1902). Starzec 60-letni zgłosił do kliniki Bergmanna z ropówkowym obrzękiem uda prawego od tyłu. Kończyna była zgięta w kolanie pod kątem prostym. Po nacięciu stwierdzono w mięśniu półścięgnistym jamę o ścianach zwapniałych, wypełnioną ropą. Ponieważ okazało się, że podobne twarde ogniska znajdują się i w innych miejscach tego mięśnia, zwłaszcza w okolicy ścięgna, wycięto cały mięsień. Badanie mikroskopowe wykazało zanik włókien mięśnia i zwapnienie części ścięgnistych i włóknistych. Na drugiem udzie w miejscu symetrycznem stwierdzono ogniska równie twarde, które na röntgenogramie dawały wyraźny cień. Inne kości, zwłaszcza przedramienia, w stanie zanikania. *Herman.*

VI. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

Dr. Jan Lachs.

II.

Anatomia i fizyologia narządu płciowego żeńskiego.

(Ciąg dalszy).

Co się tyczy części dodatkowych macicy, to Galen, — postępujący przy ich badaniu, podobnie jak i w innych swoich poszukiwaniach anatomicznych w ten sposób, że jeszcze przed ich przeprowadzeniem czyni pewne postulaty, do których się stosując, musiał znajdować to, czego tylko potrzebował, — znalazł rzeczywiście części płciowe, które w rozwoju swoim wprawdzie poza męzkimi pozostały, ale u obydwóch płci dokładnie się powtarzają. „Omnes igitur quae viris insunt partes, in mulieribus etiam reperias, nisi in eo duntaxat discrepent, quod in mulieribus quidem partes hae intus sunt conditae in viris autem sunt extra ad nuncupatum perinaeum“; (de usu p. corp. hum. lib. XIV. cap. VI.; de semine lib. II. cap. V). Odpowiednio do tego znajduje u kobiety jądra (ὄρχεις τοῦ θήλεος) po obydwóch bokach macicy, blizko jej rogów, podobne do męzkich, lecz od tych ostatnich mniejsze. Naturalnie, że za takie mogły uchodzić tylko jajniki, które G. uważa za narząd gruczolasty. Dalsze różnice między temi jądrami a męzkiemi, polegać mają na tem, że te ostatnie są narządem mięsistym („molli carne masculi sunt“), jakoteż że pierwsze nie znajdują się w worku mosznowym. Zewnętrzna powierzchnia obydwóch jest pokryta osłoną, zwaną „dartos“. Od jąder odchodzą przewody nasienne, — które później nazwę „trąbek“ otrzymały, uchodzące w okolicy rogów do samej macicy (de ut. diss. cap. IX), a nie jak Herofilus utrzymywał w okolicy szyjki pęcherza (de semine lib. II. cap. I).

Dalszym dowodem, jak dalece się Galen i na polu anatomii do hipotez z góry przyjętych stosował, jest twierdzenie, że i kobiety mają przyjądrze. Przyznaje wprawdzie, że go nie można widzieć, gdyż jest bardzo małe, ale ufny w siebie, wie z pewnością, że ono istnieje (de usu p. corp. hum. lib. XIV. cap. XIV).

Jak widzimy posunął się Galen na punkcie części dodatkowych w porównaniu z Hipokratesem znacznie naprzód, albowiem ten ich wcale nie znał. Posunął się wprawdzie także naprzód w porównaniu ze szkołą aleksandryjską, poprawiając błąd Herofila, ale w stosunku do Soranusa (lib. I. cap. III. 12) nie przedstawia żadnego postępu.

Macica pozostaje zapomocą błon w związku z innymi narządami, a mianowicie ku przodowi z pęcherzem, a ku tyłowi z odbytnicą, zajmując, jak to później wykażemy, położenie poziome (uterus horisontalis). Błony te mają na celu umocowanie i wzmocnienie samego jej trzonu. Do rzędu tych ostatnich zalicza Galen także więzadła szerokie, o których z pewnością twierdzić można, że on je znał. Dowodem tego następujące słowa: „ligamenta nihilominus ea sunt, quae in ipsum inseruntur, partim ut corpus uteri contexant et connectant, quorum non exigua pars nervi sunt a dorsali medulla propagati, partim ut et ipsi utero et foetui tum incrementum tum alimentum exhibeant, ut sunt venae et arteriae“ (de ut. diss cap. IV). Z tego, że Galen przeprowadza przez te więzadła nerwy i naczynia, o których wyżej wspomnieliśmy, że one uchodzą z boku do macicy, możemy wnosić, że ma na myśli jedynie więzadła szerokie. Prócz tych więzadeł znał jeszcze inne bardzo wiotkie, idące ku tyłowi do kręgosłupa (de usu p. corp hum. lib. XIV. cap. XIV).

Pomiędzy macicą a spojeniem łonowem znajduje się pęcherz, wśród prawidłowych warunków większy od macicy, z cewką szerszą, ale krótszą, aniżeli u mężczyzn. Z tyłu zaś poza macicą znajduje się odbytnica, spoczywająca na kości krzyżowej i ostatnich kilku kręgach lędźwiowych (de ut. diss. cap. I).

Na zakończenie anatomii części płciowych kobiecych według Galena, wypada jeszcze poświęcić nieco uwagi sutkom. Te są u niego narządem gruczolastym, stojącym za pośrednictwem naczyń w ścisłym związku z narządem rodnym, a rozwój ich pozostaje w prostym stosunku do rozwoju macicy. Zadaniem ich jest wydzielanie pokarmu. Mimo to nie są one jednakowoż gruczołami wydzielniczymi w naszem dzisiejszem znaczeniu, albowiem znajdujący się w nich pokarm nie wydziela się w sutkach samych, lecz jest następstwem przemiany krwi, dostającej się do nich skutkiem nadmiaru w naczyniach, spowodowanego brakiem miesiączki. Dlatego to nie mogą mieć pokarmu w sutkach kobiety starsze, nie miesiączkujące już, gdyż u nich nie istnieje nadmiar krwi (de venae sectione adversus Erasistratum cap. V. K. XI). Krew zaś ta przypływa do sutków jedynie na mocy ich własności przyciągania jej (de simplicium medicamentorum facultatibus lib. V cap. XXI. K. XI). Stoi więc G. pod tym względem na stanowisku zbliżonem do Herofila, który identyfikuje wprost pokarm w sutkach z krwią miesiączkową nie wydzieloną. lub też nie zużytą na odżywienie płodu. Jak się Hipokrates na tę sprawę zapatrywał, trudno stanowczo orzec wobec sprzeczności, jakie się u niego co do tej sprawy znachodzą. I tak powiada on raz, że sutki same wytwarzają pokarm („sed et glandulae in pectoribus mammae vocantur et attolluntur et lac faciunt“ Hippocrat. „de glandulis“ K. I.), innym razem znowu, że się pokarm już jako taki do sutków dostaje („cum autem

foetus movetur, tunc sane lac de se significationem matri exhibet. mammae enim atolluntur et papillae turgescunt, neque tamen lac prodit". Hippocrat. de natura pueri. K. I.).

W ten sposób doszliśmy do fizyologii narządu płciowego. Nie można powiedzieć, żeby się utrzymała chociażby tylko cząstka do dzisiejszego dnia niezachwianie z tego, co Galen w przedmiocie fizyologii narządu płciowego nam podał. Winne temu nowoczesne metody badania, które całkowity przewrót w tej nauce sprowadziły. A gdyby nie te badania, to kto wie, czyby się inaczej powiodło naukom Galena, który im swoim teleologizmem sam najwięcej zaszkodził. Z punktu widzenia jednakowoż lekarza starożytnego należy się im miejsce zaszczytne pośród nauk lekarskich raz dlatego, że on był pierwszym, który tę naukę stworzył, a powtóre dlatego, że wprowadził doświadczenie. A jeżeli Galen sam o sobie z pewną dumą powiada, że on utorował drogę dla nauki o lekach, to w całości można te słowa odnieść także do nauki o zjawiskach życiowych.

Urodzony w Azyi, był przyzwyczajony do upatrywania w kobietach istot mniej doskonałych, stworzeń niższego rzędu. Ponieważ zaś dla wszystkiego, co się w przyrodzie dzieje, umiał wynaleźć przyczynę i tę dostatecznie wyjaśnić, dlatego też nie brakło jej dla wytłómaczenia i tego zjawiska. Pomocną mu była w tem jego nauka o temperamentach. Im wyższą jest istota, tem więcej posiada temperamentu, tem jest cieplejszą. Kobieta jest zimniejszą i dlatego jest stworzeniem mniej doskonałem, aniżeli mężczyzna, co już i Arystoteles był poruszył, „est igitur femina mare imperfectior, una quidem ac prima ratione, quia frigidior"; (de usu p. corp. hum. lib. XIV. cap. VI.). Zimniejszą zaś być musi, gdyż już w zarodku, kobiecie, jako powstającej w lewej części macicy, mniej ciepła się dostaje. Do jej oziębienia przyczynia się w znacznej części miesiączka, która jest czynnością fizyologiczną. Ażeby zaś nią była, musi tylko w pewnym wieku występować, musi się rozpocząć w czternastym roku życia (in aph. Hippocr. com. quint. 28), trwać pewien ograniczony czas, pojawiać się raz na miesiąc i to powtarzać się regularnie, nie może przekraczać co do ilości pewnej miary, a krew sama nie powinna być zbyt ciemną.

Przyczyną miesiączki jest ta okoliczność, że kobiety są wilgotniejsze, aniżeli mężczyźni, i że się w ich ustroju gromadzi pewien nadmiar soków, które się u mężczyzny zużywają z powodu ciężkiej ich pracy. I szczęściem jest dla kobiet, że przyroda w ten sposób sobie radzi, gdyż w przeciwnym razie chorowałyby „conveniebat enim, mea sententia, ut muliebre genus quod domi non in magnis degit laboribus, neque in sole puro versatur et propter haec ambo copiam congregat fovetque naturale remedium habeat plenitudinis evacuationem" (de v. sectione adversus Erasistratum cap. V. K. XI). W czasie ciąży zużywa się krew miesiączkowa dla płodu, a w czasie karmienia pozbywają się kobiety tą drogą nadmiaru tak, że wtedy staje się czyszczenie wszelkie zbytecznem tembardziej, że ilość pokarmu w sutkach odpowiada ilości krwi zużytej przez miesiączkę: „ex uteri sanguine foetus alitur: postquam in lucem editus est, lactis in mamilla generatio non exigua vacuatio mensium copiae respondens existit"; (ibid.).

Innych przyczyn szuka Hipokrates dla wytłómaczenia tego procesu. Jego kobieta nie jest zimniejszą, aniżeli mężczyzna. Owszem, jest ona cieplejszą, ale wiotszej budowy. Ztąd pochodzi, że ona więcej przyciąga materyi z przewodu pokarmowego, aniżeli mężczyzna, a nie mogąc go zużyć, uwalnia się od wytwarzającego się nadmiaru przy pomocy miesiączki, czyli cały ten proces jest podług szkoły Hipokratesa objawem czysto fizykalnym, ale objawem potrzebnym koniecznie do utrzymania zdrowia. (Hippocrat. „de mulierum morbis" lib. I. K. II.). Szkoła aleksandryjska z Herofilem na czele (Soranus lib. I. cap. VI, 27) podzielała zapatrywanie Galena, a metodycy twierdzili, że upływ krwi miesięcznej ma jedynie na celu umożliwienie zastąpienia, nie będąc potrzebnym do utrzymania zdrowia. To zapatrywanie podzielali także Celsus (medicina lib. II. cap. VIII) i Soranus (lib. I. cap. VI. 27) Wszyscy więc starożytni autorowie z wyjątkiem metodyków uznawali potrzebę miesiączkowania dla utrzymania zdrowia, nie przecząc bynajmniej, że istnieją prócz ciąży i karmienia stany fizyologiczne, w których miesiączki brakuje. Do tych ostatnich zalicza się prócz zbyt młodego i podeszłego wieku także miesiączkowanie zastępcze (menstruatio vicaria), które Galen znał, jak to z jego nauki o leczeniu (methodus medendi lib. V. cap. III. K. X.) i z jego komentarza do aforyzmów Hipokratesa wynika (com. quint. 33).

Sposób wydzielania się krwi miesiączkowej był podług Galena bardzo pojedynczy. Naczynia macicy, których światło jest zwrócone do wnętrza jamy macicznej, otwierają się w czasie peryodu tak, że się z nich krew wylewa, a sama macica stanowi wtedy jedynie zbiornik pośredniczący w wydostawaniu się tej krwi na zewnątrz, nie biorąc bynajmniej udziału w jej wydzielaniu się (de simpl. medicament. facultat. lib. V. cap. XXI). Zależnie więc od tego, czy się te naczynia więcej lub mniej otwierają, wydobywa się większa lub mniejsza ilość krwi, która jednak w żadnym kierunku nie powinna przekroczyć pewnej miary. Zatem sam proces wydobywania się krwi tłómaczył sobie Galen odmiennie, aniżeli to czynił Soranus. Ten bowiem uważał wydostawanie się krwi miesiączkowej za następstwo przepacania się przez ściany naczyń.

Czas trwania miesiączki powinien być u jednej i tejsamej osoby zawsze tensam, powinna się powtarzać w regularnych odstępach, mianowicie co $29^1/_2$ dni: „tempus vero menstruum circiter viginti novem cum dimidio" (de septimestri partu). W stanie fizyologicznym zachowuje krew miesiączkowa pewną stałą barwę (in aphor. Hippocr. com. quint. 36). Ujście macicy, które jest w stanie fizyologicznym tak małe, że zgłębnik chirurgiczny przez nie z trudnością tylko przejść może, rozszerza się w czasie miesiączki, ułatwiając odpływ krwi i przyczyniając się do oziębienia kobiety (de usu p. corp. hum. lib. XIV. cap. III). By jednakowoż to oziębienie nie było zanadto silne, otrzymała kobieta, jak to już wyżej wspomnieliśmy, srom zewnętrzny, który ją przed tem chroni. (dok nast.).

VII. Wiadomości bieżące.

Dnia 5 b. m. zakończył życie w Berlinie

Dr. Rudolf Virchow.

Życiorys i ocenę naukowej działalności zmarłego, którego geniusz przez pół wieku sterował nawą wiedzy lekarskiej, podamy w jednym z następnych numerów.

Kraków, dnia 11 września.

* W uroczystości jubileuszowej krak. Towarzystwa technicznego zastępował Towarzystwo lekar. krakowskie wiceprezes prof. I. Nowak.

* Postanowieniem z d. 15 sierpnia zamianował cesarz Dra Józefa Starzewskiego dyrektorem krajowego powszechnego szpitala we Lwowie. W ten sposób posada dyrektora szpitala w Tarnowie, którą zajmował przedtem Dr. Starzewski, zostaje opróżnioną. Ponoś Wydział krajowy na posiedzeniu d. 5 b. m. uchwalił rozpisać konkurs na obsadzenie tego prymaryatu.

* Płock ma obchodzić w r. 1905 niezwykłą uroczystość: upływa bowiem pięć wieków od założenia w tem mieście szpitala św. Trójcy za panowania księcia mazowieckiego Ziemowita. Dochodzą nas wieści, że płockie Towarzystwo lekarskie powzięło szlachetną myśl opracowania na podstawie istniejących aktów dziejów tego szpitala.

* Naczelnym lekarzem szpitala starozakonnych w Warszawie, w miejsce ustępującego Dr. Zygmunta Kramsztyka, mianowany został Dr Jakób Szwajcer.

* Ministeryum skarbu zarządziło powiększenie personalu lekarskiego w fabrykach tytoniu, mianowicie, gdzie liczba robotników przewyższa 2000 ma być trzech lekarzy, nad 1000—2, a niżej 1000— jeden lekarz.

* Komitet XIV międzynarodowego Kongresu lekarskiego w Madrycie zawiadamia o następujących zniżkach, przyznanych członkom przez zarządy kolejowe i okrętowe: kolej północna w Hiszpanii 50%; koleje francuskie 50%; statki parowe towarzystw: »Puglia«, »Napolitana« i »Siciliana« również 50%; hiszpańskie Towarz. transantlantyckie 33%. Biuro »Voyages Pratiques« *(Paris, rue de Rome, 9)* udziela bezpłatnie wszelkich wskazówek, dotyczących podróży.

Biuro mieszkań w Madrycie już ukonstytuowało się *(Madrit, Faculté de médecine, Bureau des logements).*

* Zarząd Związku lekarzy niemieckich przesłał prośbę do Rady państwowego Związku niemieckiego, ażeby kandydatów z szwajcarskiem świadectwem dojrzałości nie przyjmowano na Wydziały lekarskie w Niemczech; oraz ażeby osoby nieimatrykulowane (uczniowie nadzwyczajni) nie byli wpuszczani do klinik.

* Liczba studentów na niemieckich Wydziałach lekarskich spadła z 8,141 w r. 1897 na 6,749 obecnie. Na spadek ten nie pozostały bez wpływu rugi studentów wszelkich narodowości słowiańskich, a obecnie ponoś zanosi się na ograniczenia liczby kandydatów ze szkół szwajcarskich.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa Tydzień XXIV (17—24—VIII). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 18, urodziło się dzieci 58, zmarło osób 55, mianowicie: z gruźlicy 10 (4 zam.), z zapalenia płuc 4, z błonicy 1 (zam.), z płonicy 2 (1 zam.), z cholery dziecięcej 4.

* Między 27 — VIII a 2 — IX doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bobreckim (1 gm.), bohorodczańskim (1 gm.), horodeńskim (2 gm.), husiatyńskim (4 gm.), jaworowskim (1 gm.), kołomyjskim (1 gm.), mościskim (1 gm.), sanockim (1 gm.), stryjskim (1 gm.), trembowelskim (1 gm.).

Wszystkich nowych przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 34, w tygodniu poprzedzającym 42.

Mianowania i odznaczenia. Dr. Krieger mian. prof. chirurgii w Chicago. Dr. Mermod — profesorem otologii i laryngologii w Lozanie. Dr panna Rina Martio — prof. anatomii w Medyolanie. Dr. Hering — prof. ogólnej i doświadcz. patologii w niemieckim uniwers. w Pradze Dr. Parisot — prof. histologii w Tours. Dr. Molais — prof. okulistyki w Angers. Dr. Voit — dyrektorem kliniki lekarskiej w Monachium. Dr I. Thomayer — profesorem zwycz. szczegółowej patologii i terapii. a Dr. Deyl — prof. zwycz. okulistyki w czeskim wydziale w Pradze.

Nekrologia. Dr. Tappeiner, niegdyś głośny i wzięty lekarz w Meranie, zmarł w 86 r. życia

Bibliografia:

— *Zdrowie* Z. 9. Legeżyński: Nowy wodociąg lwowski Gepner: Zegarmistrzowstwo. Frenkiel: Higiena a kuchnia.

— *Postęp okulistyczny* (sierpień). Rymowicz: Prątek ostrego zapalenia spojówki (bac. Koch-Weeks) i jego stosunek do prątka grypy (bac. Pfeiffer) (dok.). Majewski: Asthenopia muscularis (dok.)

— *Medycyna* Nr. 36. Rydygier: Truskawiec w cierpieniach dróg moczowych. Saks: O zewnętrznem badaniu rodzących.

— *Kronika lekarska* Nr. 17. Kucharzewski: Zmiany we krwi w błonicy. A. Zawadzki: Przyczynek do kazuistyki ran postrzałowych żołądka. Otto: Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek. (c. d.).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 9. Noiszewski: Co właściwie znaczy odczucie dotknięcia?

— *Gazeta lekarska* Nr. 36. Majewski: O zjawiskach aglutynacyi we krwi człowieka i zwierząt w stanie fizyologicznym. A. Landau: Nowa teorya (Koranyiego) powstawania moczu w świetle faktów i krytyki. Rudziński: Spostrzeżenia przy dokonywaniu embryotomii.

— *Przegląd zdrojowy* Nr. 10. Aleksandrowicz: Badania fizyczno-chemiczne z dwóch zdrojów krościenkowskich (dok.). Dobrzycki: Dokąd jechać?.

— *Przegląd felczerski* Nr. 17. O zmianach i zaburzeniach w organizmie, następujących pod wpływem urazu. — O złamaniach. — Główniejsze zjawiska w organizmie matki, w okresie połogowym. — Opatrunki.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 36. Daniček: Chondrom v kanálu pateřnim. Radojkovic: Léčivé prameny v království Srbském. Brejtman: O přijičných onemocněních srdce. (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 70. Letulle i Pompilian: Badania graficzne ruchów oddechowych. Bosenthal: Zgorzelinowe zrazikowe zapalenie płuc, spowodowane pylicą.

Nr. 71. Gilbert i Herscher: Urobilinurya. Pochodzenie nerkowe urobiliny. Urobilina jest wskazówką żółcicy (skażenia krwi składnikami żółci.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 35. Nissl: O objawach zastoinowych w zakresie żył twarzowych w porażeniu postępującem. Morgenroth i Sachs: O ilościowym stosunku amboceptorów, komplementów i antykomplementów. Zeller: Przyczynek do chirurgii przewodów żółciowych. Strauss: Przyczynek do kwestyi stosunku między niedokrewnością złośliwą a przewodem pokarmowym (Dokończenie). Mirkoli i Solesi: O przemianie materyi w przebiegu gruźlicy (dok.).

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 36. Hoor: Korzyści z wycięcia nerwu spółczulnego w jaskrze. Pilcz: O obłąkaniu pooperacyjnem. Harmer: Kliniczna doniosłość ezofagoskopii (Dokończenie).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 35: Hess: O istocie cukrzycy. Hahn i Fromsdorf: O hemolitycznem działaniu prawidłowej surowicy ludzkiej. Kuhn: O intubacyi przez nos. Wagner Przyczynek do nauki o przerzutach kostnych przy guzach gruczołu tarczykowego. Fuhrmann: Przyczynek do leczenia żelatyną czarnej choroby noworodków. Vulpius: Nowy przyrząd do poruszania. Silberschmidt: Prosty sączek bakteryjny dla sączenia mięszaniny płynnej w małej ilości. Sträter: Nowy środek na odleżyny. Orlipski: Przyczynek do bezkrwawego leczenia stulejki.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr 36. Leyden i Blumenthal: Tymczasowe doniesienie o kilku przypadkach raka, badanych w I klinice lekarskiej. Killian: Rozpoznawcze i lecznicze czynniki nowoczesnej. bezpośredniej endoskopijnej metody badania ciał obcych w przewodach oddechowym i pokarmowym. Jendrassik: O rwach neurastenicznych. Karfunkel: Nowa metoda do wykazania jodku potasowego we krwi. Baisch: O niebezpieczeństwie podskórnego zastosowania słono-sodowego roztworu Tavela (dok.) Neumann: Uwagi nad chorobą Barlowa (dok.).

Redakcya otrzymała. Kowalski: O działaniu alkoholu na ustrój ludzki.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.